Münchener Medizinische Wochenschrift

Schriftleitung: **Hans Spatz** und **Walter Trummert**, München 38, Eddastraße 1 / Verlag: **J. F. Lehmann**, München 15, Paul-Heyse-Straße 26
Der Verlag behält sich das ausschließliche Recht der Vervielfältigung, Übersetzung und Verbreitung der veröffentlichten Beiträge vor

NR. 52 MÜNCHEN, DEN 28. DEZEMBER 98. JAHRGANG

Originalaufsätze und Vorträge

Ärztliche Fortbildung

Aus der Pathologisch-Anatomischen Abteilung des Bezirkskrankenhauses „Am Sund", Stralsund (Prosektor: Dr. med. *H. Große*)

Schützt die operative Entfernung der Präkanzerose tatsächlich vor Krebs?*)

von *Hans Große*

Zusammenfassung: Chirurgische Eingriffe, wie Exstirpation oder Resektion von Magen, Gallenblase, Uterus, Ovar (und wohl auch von Struma, Niere, Phimose und anderen sogenannten „Präneoplasien"), beeinflussen die lokale Geschwulstdisposition erheblich, die allgemeine jedoch kaum. Die allgemein herrschende Ansicht, daß die Entfernung von Steingallenblase, Magenulkus u. a. vor dem tragischen Schicksal des späteren Krebses schützt, bedarf der Revision:
Nicht der Organismus wird vor Krebs geschützt, sondern nur der resezierte Organteil. Wenn der Patient die Operation überlebt, hat er ebensoviel Aussicht, einen malignen Tumor zu bekommen wie der Nichtoperierte. Selbst eine zeitliche Verzögerung der Geschwulstbildung ist nicht nachweisbar. Dies stimmt sehr kritisch gegen das Dogma, daß das Krebsleiden eine rein lokale Erkrankung sei.

Niemand bezweifelt, daß die **chirurgische Entfernung lokaler Präneoplasien** (Präblastomatosen, Präkarzinosen, Präsarkomatosen) vor dem späteren Krebs schützt. Besonders K. H. Bauer betont die krebsverhütende Wirkung solcher Operationen: Während von 17 Steingallenblasen mindestens eine maligne entartet, betrage die Operationsmortalität höchstens 2%. Freilich fand Bernhard bei 352 Cholezystektomien später 13%, bei 146 Cholezystektomien mit Choledochusrevision 35% und unter 23 Stippchengallenblasen 61% Krebstodesfälle!

Viele Chirurgen halten sich bei „relativer" Indikation auch deshalb zur Magenresektion berechtigt, weil etwa 3 bis 10% der Magengeschwüre später maligne entarten und nur die Operation vor diesem tragischen Schicksal schützt. Während K. H. Bauer u. a. 1951 nur etwa 27 Magenkrebstodesfälle nach Magenulkusresektion in der Weltliteratur feststellen konnten, sagte Boller bereits vor 10 Jahren die **Zunahme des Magenstumpfkarzinoms** voraus. Wiener, italienische und amerikanische Autoren betonen die zunehmende Häufigkeit dieser Geschwulstform (Huber, Poli, Kühlmayer, Kühlmayer und Rokitansky, Gray und Lofgren u. a.).

Die gynäkologische Literatur berichtet über die relative **Häufigkeit des Portiostumpfkarzinoms** nach supravaginaler Uterusexstirpation (Fähndrich, Schrimpf, Roth u. a.), auch Ovarstumpfkarzinome sind beobachtet worden. Counseller betont die Möglichkeit der Ovarialkrebsentstehung nach Hysterektomie, Rimbach die Häufigkeit der Endometriumkarzinome nach Strumektomie. In vielen Arbeiten der neueren Literatur erscheint die Rubrik „Organkrebs nach (dieser oder jener) vorausgegangener Operation".

Wenn die Elimination von Präneoplasien vor Krebs schützt, dann muß der **Hundertsatz der malignen Geschwülste bei den Operierten** niedriger sein als bei den Nichtoperierten gleichen Alters und Geschlechtes. Cholezystektomierte müßten weniger Krebse aufweisen als Gallensteinträger ohne operativen Eingriff, Magenresektionsfälle weniger als nichtoperierte Ulkusfälle, Frauen mit Uterusexstirpation weniger als die übrigen Frauen. Oft sind ja nicht nur einzelne Organe entfernt, sondern mehrere, etwa Magen- und Gallenblase, bzw. Struma und Gallenblase oder Uterus und Struma usw.

Allerdings erfordern solche Untersuchungen, daß bei histologischer Kontrolle des resezierten Organteiles keine Malignitätszeichen vorhanden waren und daß die Frühtodesfälle (während und unmittelbar nach der Operation) unberücksichtigt bleiben. Selbst bei gründlicher feingeweblicher Untersuchung an verschiedenen Stellen des Präparates kann einmal ein Mikrokarzinom übersehen worden sein. Viel störender ist die Tatsache, daß die Operation oft das Störungsfeld des bereits bestehenden oder eben entstehenden Karzinoms betrifft! So finden sich in unserem Material Cholezystektomien, welche nach 3 Jahren an Papillenkarzinom oder bereits nach 1 Jahr an Pankreaskopf-, Nieren-, Kolon- oder einem anderen vorher okkulten Karzinom sterben, oder Magenresezierte, welche bereits nach 1 Jahr bis 5 Jahren an einem vorher okkulten Karzinom des Pankreas, der Papille, vor allem aber der Lunge sterben! Es ist deshalb erforderlich, alle jene Fälle wegzulassen, welche bereits innerhalb der 2 ersten Jahre nach der Operation an Krebs sterben.

Unter 173 Magenoperierten fanden sich 58 maligne Tumoren, und zwar bei 130 Magenresektionen (wegen Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni ohne Anhalt für maligne Entartung) 45 maligne Tumoren und bei 43 Gastroenterostomien aus gleicher Indikation 13 maligne Tumoren. Darunter waren 12 Magenstumpfkarzinome und ein Magensarkom neben der alten Gastroenterostomie.

Unter 107 Cholezystektomien fanden sich 43 und unter 211 Uterusexstirpationen 67 maligne Tumoren. Bei den supravaginalen Uterusexstirpationen wurden 2 Portiostumpfkarzinome und ein Portiostumpfsarkom festgestellt.

Auch nach Abzug der vor dem Ende des dritten Jahres nach der Operation verstorbenen Fälle bleibt der Prozentsatz der Krebsfälle bei den Magenoperierten mit 26%, bei den Uterusexstirpierten mit 27% und bei den Cholezystektomierten mit 31% sehr hoch! Der höhere Geschwulstbefall der Gallenblasenoperierten erklärt sich daraus, daß die Gallensteinträger auch ohne operativen Eingriff eine hohe Krebsquote aufweisen, was bereits Beneke (1881) festgestellt hat.

Unsere Befunde bestätigen also die Angaben von Bernhard, Huber, Poli, Kühlmayer, Kühlmayer und Rokitansky, Gray und Lofgren, Fähndrich, Schrimpf, Roth u. a. Nur hat von diesen Autoren keiner gewagt, die dogmatische These anzugreifen, daß die Elimination von Präneoplasien vor Krebs schützt. Lediglich Kühlmayer sowie Huber haben auf die hohe Zahl von Krebstodesfällen nach alter Magenresektion hingewiesen, Bernhard auf den analogen Befund bei Gallenblasenoperierten, und Poli behauptet eine erhöhte Krebssterblichkeit der Magenresezierten.

Der Einwand, daß sich der hohe Geschwulstbefall dieser Fälle damit erklären läßt, daß bei der Operation und bei der Untersuchung des Resektionsmaterials Mikrokarzinome übersehen worden sind, wird dadurch widerlegt, daß auch die Spättodesfälle die gleichen Verhältnisse aufweisen und außerdem muß beachtet werden, daß bei höherer Sterbeintensität der Krebsprozentsatz zwangsläufig absinken muß (Große). Die Magenresezierten zeigen infolge von Tuberkulose

*) Das statistische Material stammt aus den Prosekturen Görlitz, Dresden und Stralsund. Für die Überlassung des Materials sei den Herren Prosektoren Dr. Fischer, Görlitz, und Dr. Schneid, Dresden, auch an dieser Stelle vielmals gedankt.

und Ulcus pepticum jejuni, die Uterusexstirpierten infolge von Strangulationsileus und Kreislaufschäden und die Cholezystektomierten infolge von Gallenwegs- und Leberkomplikationen eine höhere Sterbeintensität als das übrige Sektionsgut. Beide Fehler kompensieren sich zumindest, so daß man die erhaltenen Werte ohne weiteres benutzen kann. Unser Material gibt auch keinen Anhalt für die Auffassung, daß etwa die Geschwulstbildung durch die Operation verzögert worden wäre.

Die **Ergebnisse unserer Sektionsstatistik** und aller anderen analogen Statistiken über Krebsfälle nach früheren Operationen wegen nichtmaligner Erkrankungen sprechen gegen die noch verbreitete Ansicht, daß der Krebs eine rein lokale Erkrankung sei.

B e r n h a r d nimmt allerdings an, daß vor allem jene Fälle einen Krebs bekommen, bei denen die Cholezystektomie relativ spät erfolgte oder die Entzündung in den Gallenwegen weiterschwelte, also der chronische Reizzustand trotz der Operation erhalten blieb. Analoge Gedanken haben Stumpfgastritis und Stumpfzervizitis für das Spätkarzinom angeschuldigt.

B. F i s c h e r - W a s e l s unterschied streng zwischen lokaler und allgemeiner Geschwulstdisposition. Nach F i s c h e r - W a s e l s und B ü n g e l e r u. a. kann nach Teerung des Versuchstieres auch durch kleinere Läsionen f e r n von der Teerungsstelle (w. z. B. Verbrennungen) Krebsbildung erreicht werden.

Wenn die Elimination von Magenulkus, Steingallenblase, Uterus, Ovar, Niere, Struma, Phimose und anderen sogenannten Präneoplasien nicht davor schützt, daß später ein Karzinom entsteht, sondern nur davor, daß dieses Karzinom an einer bestimmten Stelle entsteht, dann liegt es nahe, im Krebs eine Allgemeinerkrankung zu sehen, die sich immer an jener Stelle etabliert, welche am empfindlichsten ist. Wird dieser oder jener „präkanzeröse" Prozeß eliminiert, dann entsteht der Krebs an einer anderen Stelle. Der „prophylaktisch" bestimmte Organe (oder Organteile) wegschneidende Facharzt gleicht dem Kirschenplantagenwächter, der den Spatzenschwarm von einem Baum auf den anderen vertreibt. Nicht der Organismus wird durch die Operation vor dem Krebs geschützt, sondern nur der resezierte Organteil.

Auch **hygienische Maßnahmen**, wie z. B. Beschneidung oder sexuelle Abstinenz (Nonnen), bewirken nur eine Beeinflussung der lokalen Geschwulstdisposition, nicht der allgemeinen Geschwulstdisposition. S c h ö m i g u. a. fanden bei Klosterfrauen zwar kaum Portiokarzinome, dafür aber entsprechend mehr Korpus-, Mamma- und Magenkrebse. In industrialisierten Ländern dominiert bei den Männern der Lungenkrebs, in einigen tropischen Ländern der Leberkrebs, in anderen wieder Magen- oder Darmkrebs, jedoch ist die Summe aller Organkrebse in allen Populationen die gleiche, wenn der Vergleich sich auf die einzelnen Altersklassen bezieht. So bewirken hygienische Maßnahmen, koinzidente Erkrankungen und auch operative Eingriffe zwar erhebliche Verschiebungen der lokalen Geschwulstdisposition, aber die allgemeine Geschwulstdisposition bleibt die gleiche. Mit H a m p e r l zu sprechen ist das Organkarzinom die lokale Manifestation der bestehenden allgemeinen Geschwulstdisposition.

Jeder Mensch wird im Laufe seines Lebens von einer unübersehbaren Fülle exogener Faktoren beeinflußt, aus deren Wechselspiel und deren Wechselwirkung mit endogenen Faktoren allmählich mehr oder weniger funktionell überlastete oder geschädigte Stellen im Organismus entstehen. In diesem integrierenden **System konkurrierender Lokalisatoren** siegt immer der stärkste Faktor. Wird nun ein Herd mit sogenannten „präneoplastischen" Veränderungen (Magenulkus, Steingallenblase) eliminiert, dann kommen andere lokalisierende Faktoren mehr zur Geltung und Entfaltung. Immer setzt sich das bedeutendste „Störungsfeld" durch, ganz gleich, ob dieses nun auf vorwiegend exogener Schädigung, funktioneller Überlastung oder dysontogenetischer Basis beruht. Auch koinzidente Erkrankungen, wie z. B. Silikose, Lues, Diabetes, Perniziosa u. a. zeigen eine sehr intensive Wirkung auf die allgemeine Geschwulstdisposition (sofern natürlich die erhöhte Sterbeintensität oder „Sterbegeschwindigkeit" (G r o ß e) beachtet wird). Wahrscheinlich werden spätere Generationen die heute so großzügige Indikation zur Resektion vieler Organe und Organteile als einen interessanten experimentellen Beitrag ansehen, der bewies, daß das Krebsleiden keine rein lokale Erkrankung ist und nicht durch die Ausschaltung von sogenannten „Präneoplasien" zu bannen ist.

Der Krebs entsteht also, wie der allgemein übliche Terminus wörtlich sagt, „a u f d e m B o d e n" der Präneoplasie und nicht auf Grund der Präneoplasie. Wird dieser Boden entfernt, dann entsteht der Krebs, falls eine allgemeine Geschwulstdisposition vorliegt, auf einem anderen Boden. Unsere Untersuchungen bestätigen die Kritik B ü n g e l e r s am Präkanzerosebegriff.

DK 616 - 006.6 - 089

S c h r i f t t u m : Bauer, K. H.: Das Krebsproblem. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg (1949). — Ders.: Über den heutigen Stand des Krebsproblems. Wien. klin. Wschr., 63 (1951), S. 451. — Bernhard, F.: Tagungsbericht 61. Tagung Dtsch. Ges. Chir. Berlin. Arch. klin. Chir., 189 (1927), S. 17 u. 627. — Beneke, F. W.: Konstitution und konstitutionelles Kranksein der Menschen, Marburg (1881). — Büngeler, W.: Geschwülste und regulierte abhängige Wachstumsstörungen (Hyperplasien) im Rahmen der Zellular- und Relationspathologie. Zschr. Krebsforsch., 58, S. 72. — Counseller, V. S., Hunt, W. u. Heigler, F. H.: Carcinoma of the overy following hysterectomy. Amer. J. Obstetr., 69 (1955), S. 538. — Davis, B. A., Latour, A., Philpott, N. W.: Primary carcinoma of the ovary. Surg. Gyn. Obstetr., 102 (1956), S. 565. — Fähndrich, J.: Geburtsh. u. Gynäk., 109, S. 382, zit. n. Roth. — Fischer-Wasels, B.: Die allgemeine Geschwulstdisposition. Ref. II. int. Kongreß f. Krebsforsch., Bd. I (1936). — Ders.: Allgemeine Geschwulstbehandlung i. Hdbch. d. norm. u. path. Phys., Bd. XIV, 2, S. 1341—1766, Springer Berlin (1927). — Fischer-Wasels, B. u. Büngeler, W.: Roux' Arch. Entw. mech., 112 (1927), S. 184. — Gray, H. K. u. Lofgren, K. A.: Die Bedeutung ulzerativer Prozesse nach Gastroenterostomie. Surgery (St. Louis), 89 (1949), S. 285. — Große, H.: Über die Berechnungsmethode der zu erwartenden Kombinationen zweier verschiedener Erkrankungen. Zschr. inn. Med., 10 (1955), S. 358. — Hamperl, H.: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. Springer Berlin (1950), 19. Aufl. — Huber, P.: Krebsentwicklung im operierten Magen. Wien. klin. Wschr. (1952), S. 202. — Kühlmayer, R.: Die tödlichen Spätkomplikationen der Ulkuschirurgie. Arch. Klin. Chir., 278 (1954), S. 87. — Kühlmayer, R. u. Rokitansky, O.: Das Magenstumpfkarzinom als Spätproblem der Ulkuschirurgie. Arch. Klin. Chir., 78 (1955), S. 365. — Poli, M.: Die Häufigkeit des Auftretens von Neoplasmen nach Gastroduodenalresektion bei Ulkuskranken. Wien. med. Wschr. (1953), S. 967. — Rimbach, E.: Der Einfluß der Strumektomie auf die Entwicklung des Corpuskarzinoms. Zbl. Gynäk., 76 (1954), S. 1254. — Roth, E.: Bericht über 641 Fälle von Kollumkarzinom. Strahlenther., 97 (1955), S. 161. — Schömig, G.: Die weiblichen Genitalkarzinome bei sexueller Enthaltsamkeit. Strahlenther., 92 (1953), S. 156. — Schrimpf, H.: Das Kollumstumpfkarzinom. Zbl. Gynäk., 78 (1936), S. 289.

Summary: Surgical interventions such as exstirpation or resection of the stomach, gall-bladder, uterus, ovary, (and probably also of struma, kidney, phimosis, and of other so-called pre-neoplasias) considerably influence the local disposition to tumour growth, though not the general disposition. The generally accepted opinion, that the removal of a gall-stone bladder, gastric ulcer etc. protects the patient from the tragic fate of later developing cancer is incorrect and requires revision.

The organism will not be protected from cancer, only the resected organ. If the patient survives the operation his prospects of acquiring a malign tumour are just as great as the person who was not operated on. Not even a temporal delay of tumour formation can be noted. This fact stands against the dogma, which states that cancer is a mere local disease.

Résumé: Des interventions opératoires, telles que l'extirpation ou la résection de l'estomac, de la vésicule biliaire, de la matrice, de l'ovaire (et aussi d'un goître, d'un rein, d'un phimosis et d'autres affections dénommées «prénéoplasiques») influencent généralement la prédisposition locale au cancer, mais pas la prédisposition générale. On doit réviser l'opinion généralement admise, que l'extirpation d'une vésicule biliaire contenant des calculs, d'un ulcère de l'estomac et autres pourraient protéger à l'avenir l'organisme contre le sort tragique du cancer. Ce n'est pas l'organisme qui est protégé contre le cancer, mais seulement la partie de l'organe qui a été réséquée. Si le malade survit à l'intervention opératoire, il aura autant de chance d'avoir une tumeur à l'avenir que celui qui n'a pas été opéré. On n'a même pas pu mettre un ralentissement temporaire de la formation de tumeurs en évidence. Ces constatations vont à l'encontre du dogme qui admet que le cancer est une maladie purement locale.

Anschr. d. Verf.: Stralsund, Krankenhaus „Am Sund", Patholog.-Anatom. Abtl., Große Parower Str. 47—53.

Forschung und Klinik

Aus dem Pathologischen Institut der Universität Kiel (Damaliger Direktor: Prof. Dr. med. W. *Büngeler*)

Die akuten peptischen Läsionen

von Prof. Dr. med. *Horst Merkel*

Zusammenfassung: Es wird vorgeschlagen, das durch die Abräumung eines über die Muscularis mucosae hinausreichenden Infarktes der Magenduodenalwand frisch entstandene Geschwür durch die Bezeichnung „Ulzeration" von dem akuten Ulcus simplex abzugrenzen. Ein Ulcus simplex entsteht aus der Erosion oder Ulzeration nur unter besonderen Bedingungen, vor allem Fortbestand der zur Zirkulationsstörung führenden Schädigung unter Mitwirkung konstitutioneller Faktoren (vegetative Stigmatisation v. Bergmanns) an bestimmten, zirkulatorisch benachteiligten Stellen des Magens und Duodenums. Das akute Ulcus simplex entspricht dem akuten Geschwür des Klinikers. Es wird vorgeschlagen, die peptischen Läsionen folgendermaßen einzuteilen: Hämorrhagischer und anämischer Infarkt, hämorrhagische und anämische Erosion, Ulzeration, Ulcus simplex acutum und chronicum. Die Histogenese der akuten peptischen Schädigungen, der Erosion und Ulzeration, wird kurz erörtert. Sie können ein Krankheitsbild hervorrufen, das durch rezidivierende, unter Umständen tödliche Blutungen ausgezeichnet ist. Sehr selten perforieren sie. Es wird über einen Fall von Perforation einer Ulzeration des Duodenums berichtet.

Die peptischen Läsionen treten nur in der Wirkungszone des Magensaftes auf. Sie entstehen durch Einwirkung des Magensaftes auf eine in ihrer Resistenz verminderte Schleimhaut. Das Ulcus pepticum simplex kommt meist in der Einzahl an besonderen Prädilektionsstellen, an der kleinen Kurvatur, im Antrum, besonders an der Grenze zum Korpus und im Bulbus duodeni vor. Die **Erosionen** sind meist multipel und ganz unregelmäßig verteilt. Sie können verschieden groß sein. In manchen Fällen herrschen die kleinfleckigen Erosionen (Stigmata Benekes) vor. Sie bevorzugen den Fundus ventriculi. In anderen Beobachtungen, wie in unserem unten beschriebenen Fall, überwiegen großfleckige Läsionen, die mehr im Korpus, Antrum und Duodenum lokalisiert sind. Sie entstehen aus der Abräumung meist hämorrhagischer, selten anämischer Infarkte.

Wie schon Rokitansky hervorhob, entstehen die Erosionen bei den verschiedensten Grundleiden: schweren Infekten (Pneumonie, Sepsis, Pyämie, Endokarditis, Scharlach, Tuberkulose), Hirnerkrankungen (Blutungen, Erweichungen, Verletzungen, Tumoren, Entzündungen), Vergiftungen (Alkohol, Blei, Sublimat, Kohlenoxyd, Arsenik u. a.), Verbrennungen, Erfrierungen, Stauungszuständen (Versagen des rechten Herzens, Störungen im Pfortaderkreislauf), Operationen besonders im Bauchraum.

Über die Häufigkeit der Erosionen liegen keine neuen Statistiken vor. In den älteren Zusammenstellungen (vergleiche Gruber) schwanken die Angaben von 0,3—3,5%. Kossinsky fand in einer 5000 Sektionsfälle umfassenden Statistik in 1,1% hämorrhagische Erosionen, davon nur 4 gleich 0,08% im Duodenum. Wir fanden bei 5548 Sektionen Erwachsener des Pathologischen Institutes der Universität Kiel in 1,67% hämorrhagische Erosionen in Magen und Duodenum.

Hauser sprach von Erosionen, wenn sich der Defekt auf die Schleimhaut beschränkte, und von Geschwüren, wenn er die Muscularis mucosae überschritt. Das Ulcus pepticum simplex sollte nur aus tiefen Läsionen entstehen. Heute wissen wir, daß auch aus ganz oberflächlichen Schleimhautdefekten chronische Geschwüre entstehen können (Aschoff, Büchner, Konjetzny, Merkel). Die akuten peptischen Defekte heilen meist rasch ab. Nur unter besonderen Bedingungen, vor allem Fortbestand der zur Zirkulationsstörung führenden Schädigung entsteht unter Mitwirkung konstitutioneller Faktoren (vegetative Stigmatisation v. Bergmanns) an bestimmten, zirkulatorisch benachteiligten Stellen aus der akuten Läsion ein Ulcus simplex.

Man muß unterscheiden zwischen dem akuten Geschwür, das durch Abdauung eines über die Muscularis mucosae hinausreichenden Infarktes frisch entstanden ist, und dem akuten Ulcus simplex. Das Ulcus simplex entwickelt sich nur unter den oben genannten Bedingungen. Auch seine akute Form ist bereits ein späteres Stadium. Es enthält vielfach schon Granulationsgewebe, ist also streng genommen bereits als chronisch zu bezeichnen. Es entspricht dem akuten peptischen Geschwür der Kliniker. Wir möchten das durch die Abräumung der Infarktmassen frisch entstandene Geschwür durch die Bezeichnung „Ulzeration" von dem akuten Ulcus simplex abgrenzen. Wir hätten dann folgende Einteilung der peptischen Läsionen: Hämorrhagischer und anämischer Infarkt, hämorrhagische und anämische Erosion, Ulzeration, Ulcus pepticum simplex acutum und chronicum.

Die Erosionen und Ulzerationen machen häufig keine wesentlichen Erscheinungen. Sie können aber ein charakteristisches **Krankheitsbild** hervorrufen, das durch rezidivierende Blutungen ausgezeichnet ist. Es wurde von Einhorn, Dieulafoy, Berger, Engelmann beschrieben. In seltenen Fällen erfolgt Verblutung, eventuell nur aus einer einzigen, winzigen Erosion, wenn eine größere submuköse Arterie eröffnet wird (vgl. Millard, Cornelius). Wir haben auch mehrere entsprechende Fälle gesehen, vor kurzem bei einem 47j. Mann, der 14 Tage nach einer subtotalen Magenresektion an unstillbarer Magenblutung starb. Bei der Sektion kann es schwierig sein, die blutende Erosion zu finden. Mindestens manche Fälle sogenannter parenchymatöser Magenblutungen dürften nach unserer Ansicht ungeklärte Erosionsblutungen sein. Sehr selten perforiert eine Ulzeration. Wir wollen über einen entsprechenden **Fall** kurz berichten:

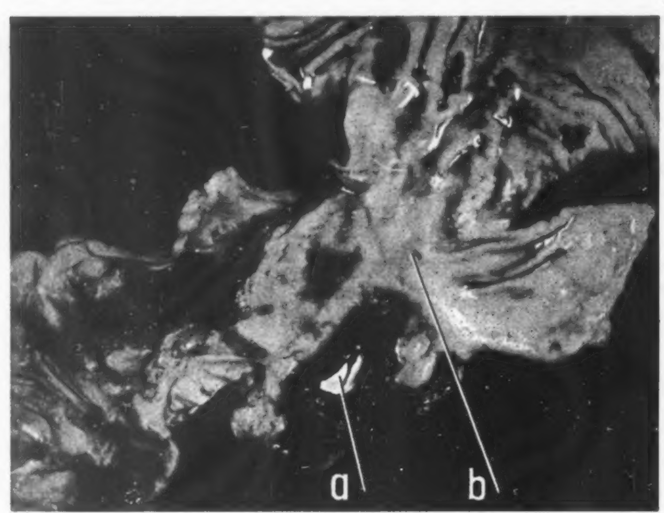
T. Ernst, 78 Jahre, seit 1946 wegen Lungentuberkulose in Überwachung und mehrmals in klinischer Behandlung. Vor einem Jahr war der Stuhl längere Zeit schwarz. Seit 4 Wochen appetitlos, Druckgefühl im Magen, Durchfälle, Rückenschmerzen. Seit 14 Tagen abends Schüttelfröste. Temperatur bis 38,2°. Deshalb Einweisung in die Städt. Krankenanstalt, Kiel (Chefarzt: Dr. Peschel) [1]. — Status: Reduzierter EZ. Zyanose der Lippen. Thorax: flach, seitengleich beatmet, mäßige Exkursionen. Lungen: hypersonorer Klopfschall, hinten basal mittel- bis grobblasige feuchte RGs. Herzgrenze 1 Querfinger nach links verbreitert. Systolisches Geräusch über allen Ostien. Aktion regelmäßig. RR 135/60. Abdomen: Leber um 2 Querfinger nach unten verbreitert. In der Mitte des Oberbauches tiefe Druckempfindlichkeit. Rö.: Kavernöse, zirrhotische, linksseitige Oberlappentuberkulose. Spitzenkappe links. Emphysem. Linksbetontes Herz, Magen o. B. BSG: 32/64. Unter zunehmendem Verfall und Temp. bis 38,2 trat nach 10 Tagen der Tod ein. Die Sektion hatte folgendes Ergebnis (gekürzt):

Sepsis lenta. Ulzeröse Endokarditis der Mitral- und Trikuspidalklappen. Chronisch-infektiöser Milztumor. Kleine anämische Infarkte der Milz. Multiple große hämorrhagische Erosionen des Magens und Duodenums. Breite Perforation eines gut fünfmarkstückgroßen hämorrhagischen Infarktes der Vorderwand des Bulbus duodeni. Diffuse eitrige Peritonitis. Zirrhotisch-kavernöse Tuberkulose der linken Lungenspitze. Schwartige Verwachsungen der Pleurablätter im Bereich des linken Lungenoberlappens. Fibrinöse Pleuritis über dem rechten Lungenoberlappen. Schlaffe Dilatation des gesamten Herzens. Kleine Schwielen in der Hinterwand des linken Ventrikels. Geringe Koronarsklerose. Geringe Atherosklerose der Bauchaorta. Leichtes Hirnödem. Knotige Prostatahypertrophie. Leichte Balkenblase. Allgemeine Anämie und Abmagerung.

Vom Sektionsprotokoll sei nur der Magenbefund wiedergegeben: Magen enthält wenig dünne, graurötliche, sauer riechende Flüssigkeit. Schleimhaut graurötlich, leicht höckerig. Sie zeigt überall zahlreiche stecknadelkopf- bis gut linsengroße, vereinzelt auch längsgestellte, bis kleinpfenniggroße, scharf begrenzte, längliche bis rundliche, dunkelrote, leicht eingesunkene Bezirke. Ihre Ränder sind leicht gewulstet.

[1]) Für die Überlassung der Krankengeschichte danken wir Herrn Chefarzt Dr. Peschel.

Im Duodenum findet sich im Bereich der Vorder- und Hinterwand ein unregelmäßig gestalteter, in der Fläche gut doppelt fünfmarkstückgroßer, dunkelroter, eingesunkener Bezirk. Er zeigt an der Vorderwand eine bohnengroße, quergestellte Perforationsöffnung. Ihre Ränder sind dünn, fetzig, zum Teil bestehen sie nur aus Serosa. Die äußeren Ränder der Perforationsöffnung sind in einer 2—3 mm breiten Zone dunkelrot verfärbt (s. folgende Abb.). Die Serosa des Magens ist überall blaßgrau glatt. Die Serosa des Duodenums ist getrübt, aber nicht mit der Umgebung verklebt.



Große hämorrhagische Erosionen und Ulzerationen des Duodenum.
a) Perforationsöffnung b) Pylorus

Bakteriologische Untersuchung: Herzklappen: kulturell: Streptococcus viridans.

Histologische Untersuchung: Die Ränder der Perforationsöffnung sind nekrotisch, unregelmäßig ausgefranst, mit salzsaurem Hämatin imprägniert, ohne entzündliche Veränderungen. Der Infarkt greift allseits verschieden weit auf die Schleimhaut über. In der unmittelbaren Umgebung der Durchbruchsöffnung sind Schleimhaut und Submukosa hämorrhagisch infarziert, völlig nekrotisch. Die hämorrhagischen Massen sind weitgehend ausgelaugt und in Abräumung begriffen. Hier und da sieht man in ihnen noch stark erweiterte und thrombosierte, zum Teil auch eröffnete Arterien und Venen. Weiter peripher von der hämorrhagischen Zone sind Schleimhaut, Submukosa und zum Teil auch die Muscularis propria nekrotisch. Die Schleimhaut bietet zum Teil das Bild der kompakten, zum Teil der lockeren anämischen Nekrose. Auch hier, besonders in der Submukosa, zahlreiche stark erweiterte und thrombosierte Blutgefäße. Unter der lockeren Nekrose findet sich vielfach eine verschieden dicke Schicht kompakter Nekrose. Stellenweise setzt sich die Nekrose bis auf die Serosa fort. In anderen Gebieten ist die Subserosa leicht ödematös, von wenigen segmentkernigen Leukozyten durchsetzt. Die Serosa bietet hier das Bild einer schmalen fibrinoiden Nekrose, wahrscheinlich bedingt durch die Einwirkung des Magensaftes von außen her. — Die übrigen Erosionen sehen genau so aus: hämorrhagische Infarzierung, in wechselnder Abräumung und Auslaugung begriffen, mit reaktionsloser anämischer lockerer und kompakter Nekrose der Randgebiete und des Erosionsgrundes. Entzündliche Veränderungen treten auch hier vollkommen zurück. Es finden sich nur hier und da einzelne, unregelmäßig verstreute segmentkernige Leukozyten.

Besprechung

Im vorliegenden Falle fanden sich zahlreiche hämorrhagische Erosionen und Ulzerationen des Magens und Duodenums. Eine große, an der Vorderwand des Duodenums gelegene Ulzeration war breit durchgebrochen. Die Perforationsöffnung war bohnengroß und hatte ausgefranste Ränder. Nach der histologischen Untersuchung handelte es sich um eine Ulzeration, die durch Abdauung eines hämorrhagischen Infarktes der Duodenalwand entstanden war. Ein solches Ereignis konnten wir in unseren Histaminversuchen am Meerschweinchen mehrfach beobachten. Am vorgelagerten Magen sahen wir die Entwicklung hämorrhagischer Infarkte bis zur Perforation nach einer Versuchsdauer von etwa 5 Stunden. Histologisch fand sich ebenfalls eine völlig reaktionslose Abräumung des sämtliche Magenwandschichten umfassenden Infarktes. Nach der bisher herrschenden Auffasssung (Hauser) sollte ein Infarkt der ganzen Magenwand nur durch Verschluß einer entsprechend großen Arterie entstehen. Wir konnten nachweisen, daß dieses Ergebnis auch bei ausgedehnten Störungen in der terminalen Strombahn eintreten kann. In unseren Versuchen konnten wir zum erstenmal beim Versuchstier die Entwicklung der verschiedenen peptischen Läsionen von der Zirkulationsstörung in der terminalen Strombahn über die hämorrhagische und anämische Nekrose bis zum chronischen kallösen Ulkus in zahlreichen Zwischenstadien verfolgen. Die beim Versuchstier gefundenen Frühstadien fanden wir später auch beim Menschen. Die Histogenese des Ulcus pepticum simplex geht hier wahrscheinlich auch über dieselben morphologisch faßbaren Veränderungen. Wir konnten bisher beim Menschen die akute Perforation eines sämtliche Magenwandschichten durchsetzenden hämorrhagischen Infarktes nicht finden. In der Literatur berichtet, soweit wir sehen, nur Cushing über 2 Fälle, die den Veränderungen in unseren Tierversuchen und auch unserem vorliegenden Fall entsprechen: 1. Bei einem 34j. Mann stellten sich sofort nach einer 3 Stunden währenden Kleinhirnoperation Hämatemesis und abdominale Beschwerden ein, die sich zum Bild der Perforationsperitonitis steigerten. 24 Stunden nach der Operation trat der Tod ein. In der Mitte der kleinen Kurvatur fanden sich 3 Perforationsöffnungen. Ihre Ränder waren fleckförmig leukozytär infiltriert und durchblutet, zeigten aber keine regressiven Schleimhautveränderungen. 2. Bei einem 34j. Mann traten 2 Tage nach einer Kleinhirnoperation plötzlich Schmerzen im Oberbauch auf. 2 Tage später trat der Tod ein. Die Sektion ergab eine diffuse Peritonitis. Die Vorderwand des Duodenums zeigte 3 cm unterhalb des Pylorus eine 8×9 mm und eine 12×19 mm große unregelmäßig begrenzte Perforationsöffnung. 5 cm distalwärts fanden sich 2 flache Erosionen. Die Ränder der Perforationsöffnung zeigten einen völligen Strukturverlust mit Ödem und Fibrinniederschlägen. Die beiden Fälle sind deshalb sehr wichtig, weil sie beweisen, daß auch beim Menschen im Magen und Duodenum Erosionen und Ulzerationen wie bei unseren Tierversuchen entstehen und perforieren können. In unserem vorliegenden Fall kann das Alter der Erosion und Ulzeration nicht bestimmt werden, da sie klinisch nicht in Erscheinung traten.

Wenn von klinischer Seite gelegentlich über akute Entstehung eines peptischen Geschwürs berichtet wird, so sind diese Angaben ohne histologische Untersuchung nicht zum Vergleich heranzuziehen; denn die Erfahrung am Sektionstisch lehrt immer wieder, daß peptische Geschwüre ohne wesentliche klinische Erscheinungen entstehen und bestehen können. Nach Hauser finden sich am Sektionsmaterial siebenmal mehr Narben als Magengeschwüre als Ausdruck der großen Heilungstendenz des Ulcus pepticum. Wenn plötzlich ein Perforationssyndrom einsetzt, ohne daß vorher Erscheinungen bestanden, kann ein klinisch latentes Ulkus durchgebrochen sein. Ein Fall, bei dem wahrscheinlich ein Ulkus akut entstand, wurde von v. Bergmann mitgeteilt: Ein junges Mädchen kam beim Baden im Meer mit einer Feuerqualle in Berührung. Es entwickelte sich danach eine schwere Urtikaria. 2—3 Tage später traten heftige Ulkusbeschwerden auf. Wahrscheinlich entstand über das vegetative Nervensystem oder durch H-Substanzen (Lewis) aus der verätzten Haut, wie in unseren Tierversuchen, ein akutes Ulkus, das allerdings nicht perforierte.

Die Widerstandsfähigkeit der Magenschleimhaut kann durch die verschiedensten nervösen und humoralen Faktoren herabgesetzt werden. Abgesehen von massiven mechanischen (zum Beispiel große Embolien, Sondendruck) und chemischen (Verätzungen) Einwirkungen, müssen sie über die Zirkulationsstörung in der terminalen Strombahn (Ricker) wirken. Wir stellten in experimentellen Untersuchungen fest, daß aus diesen Zirkulationsstörungen nur bei Anwesenheit von saurem Magensaft anämische und hämorrhagische Nekrosen entstehen. Wesentlich ist dabei die Salzsäure, nicht das Pepsin. Im Darm, im Bereich der Trypsinwirkung, treten wahrscheinlich die gleichen Zirkulationsstörungen auf. Sie führen hier aber nicht zu Nekrosen und Erosionen. Die Salzsäure verstärkt nach unseren

Versuchsergebnissen die Zirkulationsstörung. Außerdem tötet sie die zirkulatorisch resistenzverminderte Schleimhaut vollends ab, so daß die peptische, verdauend abräumende Wirkung einsetzen kann. Bei diesen Wechselwirkungen sind verschiedene Kombinationen möglich, so daß Nekrotisierung und Abräumung der Schleimhaut verschieden schnell erfolgen. Dadurch entstehen verschiedene histologische Bilder: hämorrhagischer Infarkt, lockere und kompakte anämische Nekrose. Diese verschiedenen Formen des Gewebstodes waren in unserem Fall vielfach, insbesondere im Bereich des perforierten Ulkus, in verschiedenen Kombinationen nebeneinander vorhanden: der hämorrhagische Infarkt in verschiedenen Stadien der Abräumung, zum Teil bis an die Muscularis propria heranreichend, unter ihm und an seinen Rändern anämische Nekrose der übrigen Magenwandschichten, stellenweise bis zur Serosa reichend. Als Zeichen der verschiedenen Wechselwirkung zwischen Magensaft und Gewebsresistenz, fand sich lockere und kompakte Nekrose. Zum Teil war unter der lockeren in Abräumung befindlichen Nekrose eine Schicht kompakter Nekrose entstanden. Entzündliche Prozesse traten völlig in den Hintergrund. Auf Grund unserer Experimente möchten wir annehmen, daß die lockere Nekrose bei schnellem Absinken der Gewebsresistenz, also bei plötzlicher Unterbrechung der Blutzirkulation entsteht, während sich die kompakte Nekrose bei langsamer Abnahme der Schleimhautresistenz bildet.

Die Pathogenese unseres Falles ist durch die histologische Untersuchung nicht mehr zu klären, da die Veränderungen bereits zu weit fortgeschritten sind. Das Grundleiden war eine Sepsis lenta. Für die Zirkulationsstörung in der terminalen Strombahn gab es 2 genetische Möglichkeiten: 1. Infektiös-toxische Wirkung; 2. Embolie. Da in unserem Fall blande Infarkte der Milz vorhanden waren, liegt es nahe, auch die Infarkte der Magenwand embolisch zu deuten. Bei den zahlreichen thrombotisch verschlossenen Gefäßen in unseren Präparaten dürfte es sich allerdings in der Mehrzahl um autochthone Thrombosen handeln, da vielfach die Gefäßwand nekrotisch war.

DK 616.33 - 002.44/.446

Schrifttum: Aschoff: Vorträge über Pathologie. Fischer, Jena (1925), S. 253. — Beneke: Verhandl. Dtsch. Pathol. Ges. (1908), S. 284. — Berger: Münch. med. Wschr. (1907), S. 1116. — Bergmann, v.: Münch. med. Wschr. (1913), S. 169 — Bergmann, v.: Handbuch inn. Med., 31 (1926), S. 633. — Büchner: Veröff. Kriegs- u. Konstitutionspath., 4 (1927). — Cornelius: Verh. Dtsch. Ges. Path., 36 (1953), S. 292. — Cushing: Surg. etc., 55 (1932), S. 1. — Dieulofoy: Clin. med. Hotel-Dieu, Paris, 2 (1897), S. 1, 23, 44. — Einhorn: Dtsch. med. Wschr. (1903), S. 776. — Einhorn: Arch. Verdauungskrkh., 5 (1899), S. 317. — Engelmann: Jahrb. d. Hamburger Krankenanst. (1909), S. 223. — Gruber: Münch. med. Wschr. (1911), S. 1668 u. 1730. — Hauser: Handb. spez. Pathol. u. Histol v. Henke-Lubarsch, 4 (1926), S. 1. — Konjetzny: Beitr. path. Anat., 71 (1923). — Kossinsky: Inaug.-Diss.: Erlangen (1913). — Merkel: Beitr. path. Anat., 106 (1942), S. 223. — Merkel: Frankfurter Zschr. Path., 58 (1944), S. 285. — Merkel: Dtsch. Arch. f. klinische Medizin, 194 (1949), S. 465. — Merkel: Wiener medizinische Wschr. (1950), S. 717. — Millard: Arch. Path., Chicago, 59 (1955), S. 363. — Rokitansky: Handb. spez. Pathol., 2 (1842),; 3 (1861).

Summary: The author suggests that the acute ulcer, which develops after infarction of the gastro-duodenal wall (in particular those which reach deeper than the muscular layer of the mucous membrane) should be designated "ulceration", and thereby separated from the ulcus simplex acutum. The ulcus simplex originates from erosion or ulceration only under special conditions, chiefly when impairments, which lead to a disordered local circulation, persist in conjunction with constitutional factors (vegetative stigmatisation according to v. Bergmann). This concerns certain sites of the stomach and duodenum where the blood circulation is unfavourable. The ulcus simplex acutum is adequate to the acute ulcer of the clinicians. The following classification for peptic lesions is suggested: haemorrhagic and anaemic infarction, haemorrhagic and anaemic erosions, ulceration, ulcus simplex acutum and chronicum. The histogenesis of acute peptic lesions, of erosions and of ulcerations is briefly outlined. They may provoke a picture, the features of which are relapsing or even fatal haemorrhages. They seldom perforate. One case is reported upon in which an ulceration of the duodenum led to perforation.

Résumé: On propose de distinguer à côté de l'ulcère simple aigu de l'estomac et du duodénum, une autre forme qu'on appellera «ulcération» et qui est un ulcère fraîchement constitué à la suite de l'élimination d'un infarctus qui a traversé la musculaire de la muqueuse gastrique ou duodénale. L'ulcère simple ne se forme à partir d'une érosion ou d'une ulcération que dans des conditions particulières. La persistance de lésions par troubles circulatoires en combinaison avec des facteurs constitutionnels (stigmatisation végétative de Von Bergmann), à certains endroits de l'estomac ou du duodénum particulièrement défavorisées au point de vue vasculaire, entre surtout en ligne de compte. L'ulcère simple aigu correspond à l'ulcère aigu des cliniciens. On propose de subdiviser les lésions peptiques de la façon suivante: infarctus hémorragiques et anémiques, érosions hémorragiques et anémiques, ulcération, ulcère simple aigu et chroniques. On explique brièvement l'histogénèse des lésions peptiques aiguës, de l'érosion et de l'ulcération. Ces lésions peuvent donner lieu à des hémorragies récidivantes et parfois même létales. On voit rarement survenir des perforations. On décrit un cas de perforation d'une ulcération du duodénum.

Anschr. d. Verf.: Kiel, Patholog. Inst. d. Universität.

Aus der Universitäts-Hautklinik Frankfurt a. M. (Direktor: Prof. Dr. Dr. med. *O. Gans*)

Milchzahn als Ursache eines Fremdkörpergranuloms

von Dr. med. *W. Kappesser*

Zusammenfassung: Ein im Alter von 4 Jahren bei einem Sturz unerkannt in die Zunge eingebissener Milchzahn bildete die Ursache eines Fremdkörpergranuloms, das nach 11 Jahren klinisch zunächst an ein primäres Fibrom oder eine Zyste denken ließ.

Der 15j. Patient suchte die Klinik wegen eines seit Jahren bestehenden Tumors der Zunge auf, der ganz langsam gewachsen sei. Subjektiv bestanden keine Beschwerden außer einer geringen Druckempfindlichkeit beim Kauen.

Befund: Im vorderen Drittel der Zunge, dicht links der Medianlinie, findet sich ein derber kleinkirschgroßer, gut abgrenzbarer, halb-



Abb 1



Abb. 2

kugelig-prominenter Tumor. Die bedeckende Zungenschleimhaut zeigt eine normale Oberfläche. Regionäre Lymphknoten o. B. Es wurde differentialdiagnostisch an einen fibromatösen Tumor oder an eine Zyste gedacht.

Zur weiteren Klärung wurde zunächst ein Punktionsversuch vorgenommen. Dabei stieß die nur sehr schwer eindringende Punktionsnadel auf einen festen Widerstand. Auf der Röntgen-Weichteilaufnahme der Zunge (Abb. 2) fand sich eine Knochenstruktur zeigende, zahnähnliche Verschattung. Bei der nun vorgenommenen Exzision wurde ein von einem derben Gewebswall fest umschlossener, gut erhaltener Milchzahn extrahiert. Das exzidierte Gewebe zeigte im histologischen Bild eine mächtige Wucherung des Epithels, das sich zum Teil in die Tiefe fortzusetzen schien. Ein leerer Raum wurde von einem dichten homogenen Kollagen umschlossen, dem sich ein ödematöses Bindegewebe mit reichlich Fibroblasten anschloß. Um die Gefäße fand sich ein plasmazelluläres Infiltrat.

Auf nochmaliges nachträgliches Befragen gab die Mutter des Jungen an, er habe sich im Alter von 4 Jahren bei einem Sturz auf die Zunge gebissen. Daß er sich dabei einen Zahn eingebissen haben mußte, war ihr damals nicht aufgefallen. Nach der topographisch rekonstruierten Unfallsituation handelte es sich um den 1. Inzisivus links oben.

DK 616.313 - 003.6 - 02

Summary: A milk-tooth which unknowingly became bitten into the tongue of a boy on falling down at the age of 4, was the unusual cause of a foreign body granuloma, which after 11 years was, according to clinical examination, taken for a primary fibroma or cyst.

Résumé: Une dent de lait qui avait pénétré dans la langue à la suite d'une chute survenue à l'âge de 4 ans, a été la cause de la formation d'un granulome à corps étrangers. A l'examen clinique, 11 ans plus tard, on a d'abord pensé à un fibrome primaire ou à un kyste.

Anschr. d. Verf.: Frankfurt a. M., Univ.-Hautklinik, Ludwig-Rehn-Str. 14.

Stimmen der Praxis

Ein eigentümlicher Erfrierungsmodus

von Dr. med. *Dieter Ringleb,* Marburg a. d. Lahn

Zusammenfassung: Durch Herumhantieren in einer höher konzentrierten, zur Fleischkonservierung verwandten Salzlake zieht eine Landwirtsfrau sich an einem sehr kalten Wintertag erhebliche Erfrierungen an den Händen zu.

Eine 48j. Landwirtsfrau klagte seit zwei Jahren neben vielfachen vegetativen Beschwerden des Klimakteriums über Akrozyanosen mit quälenden Parästhesien, die auf Aeskulusextrakte gut ansprachen. An einem der kältesten Tage des Februar 1956 holte sie frühmorgens aus einem auf dem ungeheizten Dachboden stehenden Faß mit Salzwasser einige Stücke eingelegten Fleisches heraus, wobei sie, nach ihrer Schätzung, 2 bis 3 Minuten mit der rechten Hand, mit der linken nur einen kurzen Augenblick in der Flüssigkeit verweilte. Die Hände wurden danach nicht abgetrocknet.

Die Salzlake wies bei einer am Abend desselben Tages vorgenommenen Messung — 16° C auf, die Natriumchloridkonzentration muß also um 30% herum gelegen haben, da die Lösung sonst gefroren wäre. Üblicherweise sind solche zur Fleischkonservierung verwandten Laken nicht stärker als bis zu 15%ig.

Schon eine halbe Stunde nach dem Eintauchen der Hände erschien die Frau mit stärksten Schmerzen in der Sprechstunde. Es zeigte sich die ganze rechte Hand blaurot verschwollen und eiskalt, die linke nur im Bereich der 4. und 5. Finger. Innerhalb 12 Stunden entwickelte sich rechts unter Abhebung Dutzender etwa erbsgroßer Blasen das Vollbild einer Erfrierung II. Grades, wovon nur die mit einer dicken Hornschicht versehenen Partien der Vola manus ausgespart blieben.

In der landwirtschaftlichen Bevölkerung scheint die Kenntnis, daß konzentrierte Kochsalzlösungen einen sehr stark erniedrigten Gefrierpunkt haben, nicht sehr verbreitet zu sein. Die große Wärmeleitfähigkeit des Wassers, in diesem speziellen Fall vielleicht auch noch Verdunstungskälte kommen als weitere physikalische Faktoren von einer Heftigkeit in Frage, die man kaum erwartet. Dies und auch die bei der Patientin von vornherein gegebene Neigung zu Gefäßspasmen der Hände scheinen mir Ursache dieser ernsten Verletzung. Da sie im Prinzip in jedem landwirtschaftlichen Haushalt möglich ist, erscheint sie mir der Mitteilung wert.

DK 617.576 - 001.19 - 02

Summary: The author reports on an unusual case of severe frostbite of the hands. On a very cold winter's day a farmer's wife put her hands for a few minutes into a vat of salt brine, which was prepared for preserving meat. Severe frost-bite of second degree soon developed. The cause was that the salt solution was highly concentrated and the freezing point correspondingly considerably lowered. Therefore the woman did not notice that the temperature was well below freezing point.

Résumé: Une fermière âgée de 48 ans, qui souffrait d'acrocyanose ayant bien répondu à un traitement à l'extrait de maron d'Inde, a plongé ses mains durant quelques instants dans de la saumure à — 16° C pour en retirer un morceau de viande. Quelques heures après elle se présentait chez le médecin avec une gelure du deuxième degré.

Anschr. d. Verf.: Marburg a. d. Lahn, Renthof 18.

Soziale Medizin und Hygiene

Aus der Zentralstelle zur Bekämpfung von Unlauterkeit im Heilgewerbe

Ein Geisteskranker bekämpft Tuberkulose und Krebs

von Obermed.-Rat i. R. Dr. med. *R. Schüppert*

Zusammenfassung: Nachdem es den gerichtlichen Ermittlungen gelungen war, eine einen recht seriösen Namen tragende Einrichtung, welche der Bekämpfung von Tuberkulose und Krebs dienen sollte, zu entlarven, übersieht man erschüttert, daß dies alles das Werk eines Geisteskranken war. Er verstand es, jahrelang Öffentlichkeit und Behörden irrezuführen und auch erhebliche materielle Schäden anzurichten. Jetzt gehört auch dieses unlautere Unternehmen der Vergangenheit an.

Das moderne Kurpfuschertum treibt bisweilen seltsame Blüten und weist eigenartige Vorgänge auf, die wohl nur der Gewinnsucht gewissenloser Ausbeuter der menschlichen Schwächen entspringen können. Ein derartiges Ereignis verdient wirklich, bevor es in den Akten des so vielgestaltigen Kurpfuschertums verschwindet, vor einem interessierten Kollegenkreis beleuchtet und vorgeführt zu werden:

In den letzten Jahren konnte man wahrnehmen, daß in Baden, der Pfalz und besonders in Südhessen Lichtbildervorträge aufklärenden Inhalts abgehalten wurden, nachdem diese mit recht anziehenden Inseraten und Plakaten angekündigt worden waren (s. Abb. 1). Ein Lehrer im Odenwald sagte bei seiner polizeilichen Vernehmung: „. . . es war wirklich interessant, und ich habe viel gelernt!" Am folgenden Tag wurden dann die Besucher des Vortrages, insoweit sie sich in eine Liste eingetragen hatten, aufgesucht und zur Bestellung von Tee und

anderen Medikamenten veranlaßt; waren doch diese Redner zugleich Reisende von 2 badischen Heilmittelfirmen.

Einladung

zu einem Lichtbild-Vortrag!

Bleibe jung! Lebe länger!
(Dr. Gayelord Hauser)

Warum altern wir zu früh? Der Weg zur Lebensfreude und Leistungsfähigkeit! Wie lebe ich natürlich? Wie ernähre ich mich richtig? Innere und äußere Körperpflege? Schäden unserer Zivilisation und deren Vermeidung! Wissenschaftliche Erkenntnisse über Ernährungsphysiologie und Kosmetik. Interessante Statistiken und Tafeln. Etwas über Hormone, Vitamine, Fermente, Lecithin, Aminosäuren, Mineralsalze und Wirkstoffe.

Ein Aufklärungsvortrag, den jeder hören sollte!

Pressestimmen:

„Aufklärung des Publikums tut not"
„Die Zuhörer waren ganz im Banne des hochinteressanten Vortrages"
„Zahlreiche und gute Lichtbilder erweiterten das Wissen"
„Ein von A-Z spannendes und gutes Referat"
„Der Aufklärungsvortrag verdient unbedingt eine Wiederholung"
„Lange hatten wir nicht einen solchen beeindruckenden Vortrag gehört"

Referent: A. Stein



Mitglied und Vertreter des Verbandes zur Bekämpfung von Tuberkulose und Krebs und für natürliche Ernährungs- und Lebensweise.

Unkostenbeitrag 50 Pfennig

Der Vortrag findet statt: Beginn 20.30 Uhr

Abb. 1

Diese Redner beriefen sich für diesen werbend auf einen Verband zur Bekämpfung von Tuberkulose und Krebs, dessen Mitglieder sie selbst waren; so hatte der Redner Wilhelm Wüst aus Worms-Hochheim angeblich die Mitgliedsnummer 88 398. Der Monatsbeitrag von 1,— DM wurde von mehreren so geworbenen Mitgliedern brav entrichtet; war man doch an Hand der vielversprechenden Prospekte, Rundschreiben und Satzungen davon überzeugt, daß man Gutes stiftete.

Im Laufe der Zeit verdichtete sich immer mehr der Verdacht, daß die Sache unlauter sei. Das auf Veranlassung der obigen Zentralstelle eingeleitete Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Freiburg i. Br. hatte ein ganz überraschendes Ergebnis: Es stellte sich heraus, daß man einem gewiß seltenen, abenteuerlich anmutenden und großsprecherisch angelegten Schwindelunternehmen zum Opfer gefallen war.

Ein Paul Loh, der sich während und nach dem Krieg als Physiker beschäftigt hatte, war im Jahre 1949 an Lungentuberkulose erkrankt, in mehreren Krankenhäusern und Heilstätten und nachher noch lange ambulant behandelt worden. Im Herbst 1952 reifte bei ihm der Gedanke, den genannten Verband ins Leben zu rufen. Er ließ eine Zeitung in einer Auflage von 10 000 Exemplaren drucken, mit 24 Seiten, die an 9000 Adressen verschickt wurde. Zu gleicher Zeit versuchte er, durch Aufrufe, Fragebogen und Rundschreiben Mitglieder zu werben (s. Abb. 2), Aufnahmebeiträge und Verbandsbeiträge zu kassieren, wobei unzutreffende großsprecherische Angaben über die bereits vorhandene Mitgliederzahl, die materiellen Verhältnisse und die in Aussicht gestellten Hilfeleistungen zum Ausdruck kamen. Er verschwieg dabei, daß für diesen Verband bereits im März 1953 der Offenbarungseid geleistet werden mußte. Die von Loh behaupteten 12 000 Mitglieder existierten natürlich nicht; nur einige Teilnehmer an den Vorträgen, die, wie oben angegeben, von Vortragsrednern geworben worden waren, konnten als Mitglieder gebucht werden. Dabei war es sowohl dem 1. Vorsitzenden Loh wie seinen Werbern lediglich darum zu tun, im Anschluß an die Vorträge Beratungen abzuhalten und als Reisende einer Arzneimittelfirma Medikamente abzusetzen. Auch Loh selbst scheint sich an seinem Wohnort heilkundlich betätigt zu haben. Durch unrichtige Vorspiegelungen schädigte er ganz erheblich Ärzte, Druckereien, Postamt, Redakteure. Im Hausflur seiner Mansardenwohnung in Buchholz erledigte er seine Korrespondenz. Prof. Domagk nannte er Ehrenpräsident des Verbandes, während dieser keine Ahnung davon hatte; andere Verbände nannte er als angeschlossen, ohne daß er mit diesen irgendwelche Verbindung gehabt hätte. Ärzte oder Persönlichkeiten, die für die Krebsbekämpfung hätten tätig sein können, existierten nicht. Der geäußerte Plan, ein Ambulatorium für Lungenkranke in Baden-Baden zu errichten, wurde bald als Phantasterei erkannt. Bereits am 19. März 1953 erschien ein Warnartikel in der Badischen Zeitung. Dennoch unternahm es Loh, am 27. Februar 1955 in Freiburg eine von 20 Teilnehmern besuchte Gründungsversammlung abzuhalten, in welcher er sich zum 1. Vorsitzenden eines „Verbandes für Südbaden" wählen ließ. Bald wurden Zweifel an der normalen Geistesverfassung des Loh von verschiedensten Stellen geäußert; auch seitens des südbadischen Reg.-Präsidenten, wohin L. zu einer Besprechung bestellt worden war, trat der Verdacht auf, daß bei Loh eine geistige Störung vorliege.

Nachdem das Ermittlungsverfahren abgeschlossen worden war und Vergehen wegen Betrugs im Sinne der §§ 263 und 267 StGB. in Frage kamen, wurde die Frage seiner Zurechnungsfähigkeit durch eine stationäre psychiatrische Beobachtung in

Aufruf

zur Beteiligung am Aufgabengebiet des „Verbandes zur Bekämpfung von Tuberkulose und Krebs" in der Bundesrepublik Deutschland
Sitz Freiburg/Breisgau · Geschäftsstelle Buchholz/Breisgau

Fragebogen
des
Verbandes zur Bekämpfung von Tuberkulose und Krebs
Geschäftsstelle: Buchholz/Breisgau

Satzungen des „Verbandes zur Bekämpfung von Tuberkulose und Krebs"

Kampf der Tuberkulose und dem Krebs

Herausgeber: Verband zur Bekämpfung von Tuberkulose und Krebs in der Bundesrepublik Deutschland e. V., Sitz Freiburg i. Br., Geschäftsstelle Buchholz i. Brsg.

Erscheint monatlich zweimal — Verlagspostamt Waldkirch i. Br. — Nr.

EINLADUNG! Zu einem Lichtbild-Vortrag!

Warum altern wir zu früh ???

Natürliche Körper- und Gesundheitspflege
Der Weg zur Gesundheit, Lebensfreude u. Leistungsfähigkeit!
Schäden unserer Zivilisation und deren Vermeidung!!!
Leber-, Gallen-, Nieren-, Herz-, Nerven- und Kreislaufstörungen,
Arterienverkalkung, Korpulenz und deren Folgen, innere Körperpflege.
Blut- und Stoffwechselkrankheiten:
Gicht, Rheuma, Ischias, Krebs usw.
Kein Verkauf von Heilmitteln!

Referent: H. Wüst Mitglied des Verbandes zur Bekämpfung von Tuberkulose und Krebs
Beginn 20 Uhr
Jugendliche keinen Zutritt
Unkostenbeitrag 30 Pfg
Der Vortrag findet statt:

Verband zur Bekämpfung von Tuberkulose und Krebs
in der Bundesrepublik
Sitz Freiburg/Brsg.
Geschäftsstelle: Buchholz/Brsg.

Rundschreiben 3/54

An die Mitglieder und Freunde des Verbandes.

Abb. 2

einer Landesheilanstalt vom 5.—29. März l. J. geprüft. Die Ärzte kamen in einem über 70 Seiten umfassenden Gutachten zu dem überraschenden Ergebnis, daß eine Geisteskrankheit (Zyklothymie) vorliege mit dem Auftreten krankhafter manischer Phasen, die sich auf die letzten 3—4 Jahre beziehen ließen. Aus diesem Grunde wurde die Frage der Zurechnungsfähigkeit stark in Zweifel gezogen, worauf das Gericht diese verneinte. —

Die über 700 Seiten umfassenden Gerichtsakten der Staatsanwaltschaft Freiburg enthalten ein ungeheueres Material, welches nur langsam und recht mühsam die fortgesetzten, zahlreiche Personen und Dienststellen täuschenden Manöver klar erkennen ließ.

Man wird sich darüber wundern müssen, daß dieses gerichtliche Verfahren so lang dauerte, bis es gelang, diesen unerhörten Schwindel zu klären und aufzudecken. Wiederholt wurden meine Anfragen nach dem Sachstand von der Staatsanwaltschaft damit beantwortet, daß Loh nicht vernehmungsfähig sei. Er hatte es nämlich verstanden, sich monatelang den Vernehmungen zu entziehen, während er in der Heilstätte war. Aber da er der alleinige Verantwortliche war, konnte nur er allein Auskunft geben. So mußten mühsam und langweilig die Bausteine zusammengetragen werden, bis der ehedem sehr geschäftige Vorsitzende überführt werden konnte, und so ist er und sein Tun auch ohne gerichtliche Bestrafung gerichtet und gehört der Vergangenheit an. DK 343.347.5

Summary: An organization bearing the serious name "Combat against Tuberculosis and Cancer" was unmasked by judicial inquiry. Investigations revealed that the whole thing was the work of a maniac. For years he had managed to deceive the public and official authorities, and to cause considerable material damage. It has now been put a stop to.

Résumé: Grâce à l'intervention de la justice, il a été possible de démasquer une institution qui portait un nom sérieux et qui était destinée à combattre la tuberculose et le cancer. On est suffoqué de voir que tout cela était le travail d'un fou. Il a réussi, durant des années, à tromper le public et les autorités et à causer de graves dégats matériels. Cette institution véreuse appartient maintenant au passé.

Anschr. d. Verf.: Mainz, Frauenlobstr. 2.

Therapeutische Mitteilungen

Aus der Gynäkologischen Abteilung des DRK-Krankenhauses Jungfernheide, Berlin-Charlottenburg (Dirig. Arzt: Dr. med. habil. *W. Rust*)

Unsere Erfahrungen über die Behandlung der Hyperemesis gravidarum mit Metrotonin und Phenothiazinen

von Dr. med. *Sigrid Alder*

Zusammenfassung: Nach einleitenden Betrachtungen über pathogenetische Faktoren beim Entstehen der Hyperemesis gravidarum werden unsere Erfahrungen in der Therapie der Hyperemesis gravidarum mit Metrotonin geschildert. Unter 49 Patientinnen wurden 39 beschwerdefrei; zum Teil wurde die Metrotoninbehandlung mit Phenothiazinen eingeleitet, wobei letztere eine deutlich potenzierende Wirkung auf Metrotonin ausübten.

Die **Hyperemesis gravidarum** (H. gr.) gehört zu den in der Schwangerschaft auftretenden Erkrankungen, die unter dem Begriff „Gestosen" zusammengefaßt werden. Ihre Pathogenese ist noch nicht eindeutig geklärt. Nach Auffassung vieler Autoren (Veit, Krais, Bonilla, Kehrer, Seitz u. a.) wird die H. gr. durch eine veränderte Reaktionslage des vegetativen Nervensystems ausgelöst. Diese als „Neurovegetose", d. h. gesteigerte Erregbarkeit des Vagus, bezeichnete Störung führt zu einer erhöhten Reizbarkeit der nervösen Zentren im Zwischenhirn und des Brechzentrums in der Medulla oblongata (Kobosewa). Auch nach Ansicht von Martius überwiegt in den ersten Schwangerschaftsmonaten der Parasympathikus und verursacht Speichelfluß und Sekretionssteigerung der Verdauungsdrüsen. Letzten Endes dürften psychische Einflüsse, hormonelle und humorale Verschiebungen oder Einwirkungen des Schwangerschaftsproduktes selbst verantwortlich sein (Lax, Elert, Staemmler, Bonilla)[1]. Andere Autoren nehmen an, daß das auslösende Moment für die gesteigerte Erregung des Brechzentrums in den Zerfallsprodukten aus den Chorionepithelien und Deziduazellen zu suchen ist. Die Auffassung der H. gr. als Toxikose legte es nahe, Schädigungen der Leber aufzusuchen und auf die mangelhaft entgiftende Funktion des Organs während der Erkrankung hinzuweisen. Dabei zeigte sich in einigen schweren Fällen von H. gr., bei denen infolge unstillbaren Erbrechens jede Nahrungsaufnahme unmöglich war, innerhalb kurzer Zeit das klassische Bild einer Lebertoxikose (Veit, Heller, Levens, Graff, Pfau, Rössle).

Die **Diagnose** der H. gr. kann dann als gegeben angesehen werden, wenn alle anderen Ursachen ausgeschaltet sind, die zum Erbrechen führen könnten, z. B. Magen-Darm-Erkrankungen, Meningitis, Hirntumoren, Urämie, ferner eine Pyelitis gravidarum oder ein Subileus (Naujoks). In den letzten 1½ Jahren behandelten wir 49 Patientinnen, die an H. gr. erkrankt waren, davon 25 stationär und 24 ambulant. Unter den ambulanten zeigten sich 14 leichtere Stadien der H. gr. und 10 mittelschwere Stadien. Die stationär aufgenommenen Patientinnen waren ausnahmslos schon anderweitig ambulant vorbehandelt. Bei ihnen stellten wir 14 mittelschwere Stadien und 11 schwere Stadien der Krankheit fest. Das Alter der Patientinnen lag zwischen 16 und 35 Jahren. 29 Patientinnen waren I. gravide, 18 II. gravide und 2 III. gravide. ⅔ der Frauen waren verheiratet, der Rest ledig oder geschieden. Es handelte sich in 46 Fällen um Schwangerschaften im 1.—3. Monat, in 3 Fällen im 3.—5. Monat. Der Therapie ging in jedem Falle neben der Erhebung der Anamnese eine gründliche körperliche Untersuchung voraus. In leichteren Stadien der H. gr. litten die Frauen vorwiegend unter regelmäßigem morgendlichem Erbrechen und gelegentlicher Übelkeit mit Speichelfluß und Erbrechen am Tage. Sie hatten sich in ärztliche Behandlung begeben, weil sie in ihrer Berufstätigkeit die Beschwerden als sehr lästig empfanden. Die gynäkologische Untersuchung ergab einen dem Schwangerschaftsmonat entsprechenden normalen Befund. Bei 50% der Fälle zeigten sich hypotone Blutdruckwerte unter 100 mm Hg, im Durchschnittswert RR 90/70. Im mittelschweren Stadium der H. gr. klagten die Frauen über häufiges Erbrechen, bis zu 6mal am Tage, dabei wurde vielfach nur Magensaft erbrochen und stets ein Teil der aufgenommenen Nahrung beibehalten. Die Frauen hatten an Gewicht abgenommen, litten unter Durstgefühl, Sodbrennen, Übelkeit und Druckgefühl in der Magengegend. Gelegentlich wurde eine leichte ikterische Verfärbung der Skleren beobachtet und Urobilinogen im Harn vermehrt gefunden. Die RR-Werte lagen bei etwa der Hälfte der Patientinnen unter 100 mm. Im Blutbild wurde vereinzelt eine leichte hypochrome Anämie nachgewiesen. In den schweren Stadien der H. gr. klagten die Frauen über unstillbares Erbrechen und ständige Übelkeit, seit Tagen konnten sie keine Nahrung mehr bei-

[1]) Es sei hier nur die von Lax vertretene Auffassung über die Vermehrung des Choriongonadotropins bei gleichzeitigem Abfall von Follikelhormon im Zusammenhang mit dem Schweregrad der Toxikose erwähnt sowie auf die Bedeutung der Nebennierenrinden-Insuffizienz in der Pathogenese der H. gr. hingewiesen.

behalten. Sie hatten einen dem Schwangerschaftsmonat entsprechenden normalen gynäkologischen Befund, dabei eine mehr oder weniger fortgeschrittene Inanition mit starker Exsikkose. Azeton war bei einigen Patientinnen positiv, Azetessigsäure wurde nicht nachgewiesen. Subikterus beobachteten wir bei 7 Patientinnen, dabei vermehrte Bilirubinwerte im Serum und vermehrte Urobilinogenausscheidung im Harn. Die Elektrophorese und die Serumlabilitätsprüfungen zeigten eindeutig eine hepatogene Eiweiß-Stoffwechsel-Störung an. Es ließ sich eine Abnahme der feindispersen Albumine und eine Zunahme der γ-Globulinfraktion nachweisen. RR war in 5 Fällen erniedrigt.

Unter Berücksichtigung der schon anfangs erwähnten veränderten Reaktionslage des vegetativen Nervensystems bei der H. gr. mit gesteigerter Erregbarkeit des Vagus, des Zwischenhirns und der Medulla oblongata wandten wir uns in der Therapie der H. gr. dem Präparat **Metrotonin** zu.

Das Kombinationspräparat enthält pro Tablette 0,05 g Isoamyläthylbarbitursäure und 0,005 g N-Dimethylphenylisopropylamin.-hydrochloric. Beide Komponenten sind von geringer Toxizität und besitzen antispastische Eigenschaften. Während das Barbiturat sedativ auf das Stammhirn wirkt, wirkt das Amin leicht stimulierend, so daß das krankhaft übererregte Stammhirn gedämpft und das krankhaft untererregte leicht angeregt wird (Becker, Rauschelbach, Riebeling und Lewrenz u. a.). Wenn man die H. gr. als gestörten Regulationsmechanismus des vegetativen Nervensystems auffaßt, könnte man erwarten, daß diese Kombination die Dysregulationen ausgleicht und das bei der H. gr. veränderte Gleichgewicht zwischen Vagus und Sympathikus wiederherstellt.

Alle Patientinnen mit der leichteren Form der H. gr. konnten ambulant behandelt werden. Wir begannen die Behandlung mit anfangs 5 Tabletten täglich, reduzierten innerhalb von drei Tagen auf 3 Tabletten (morgens 2 und mittags 1 Tablette) und gingen mit zunehmender Besserung bis auf 1½ Tabletten am Tage zurück. Dabei wurde abends, wenn erforderlich, ein mildes Sedativum verabfolgt und schonende, vitaminreiche Kost gereicht. Wir beobachteten ein langsames Ansteigen des RR auf normale Werte, damit parallellaufend Schwinden des Brechreizes und der Übelkeit. Bei den 24 ambulanten und stationären Patientinnen des mittelschweren Stadiums wurde die Behandlung mit Phenothiazinen bei Bettruhe und Diät eingeleitet und mit Metrotonin weitergeführt, wodurch wir eine verbesserte Ansprechbarkeit auf Metrotonin beobachteten. Von den 10 ambulanten Patientinnen konnte bei 6 Patientinnen nach einleitenden Gaben von Phenothiazinen und Fortführung der Therapie mit Metrotonin Beschwerde- und Rezidivfreiheit erreicht werden. Eine Patientin, eine 33jährige Erstschwangere, von Beruf Lehrerin und psychisch stark überlagert, hat den Brechreiz bis zur Geburt des Kindes beibehalten. Die bei ihr in Abständen bis zum Ende der Schwangerschaft durchgeführte Metrotoninmedikation bewirkte sichtliche Erleichterung und hielt sie in gutem Allgemeinzustand. Drei der ambulanten Patientinnen mußten aus dem häuslichen Milieu entfernt und in die Klinik eingewiesen werden. Hier wurden mit einem Phenothiazinheilschlaf und anschließender Nachbehandlung mit Metrotonin die Hyperemesis und ihre Folgezustände beseitigt, ohne daß Rezidive auftraten. Mit Ausnahme einer geeigneten vitaminreichen Diät war in diesen Fällen eine Substitutionstherapie nicht erforderlich, da die Patientinnen vom ersten Behandlungstag ab wieder Nahrung und besonders Flüssigkeit bei sich behalten konnten. In der gleichen Weise wurden die übrigen Patientinnen des mittelschweren Stadiums behandelt. Wir haben unter den 24 Erkrankten in 18 Fällen Beschwerde- und Rezidivfreiheit erreicht. Zwei Patientinnen bekamen ein Rezidiv, davon besserte sich eines sofort nach erneuten Gaben von Metrotonin. Vier Patientinnen sprachen auf die Behandlung nicht an. Bei den stationär behandelten 11 Patientinnen des schweren Stadiums der H. gr. war es gleichfalls erforderlich, die Therapie mit einem Phenothiazinheilschlaf einzuleiten. Dabei wurde nach anfänglicher Teepause eine vorsichtig aufgebaute vitaminreiche Kost gegeben. Ferner führten wir die Substitutionstherapie mit i.v. Infusionen von 500 ccm physiol. NaCl-Lösung und 500 ccm 5%iger Traubenzuckerlösung unter Zugabe von Vitamin C und Vitamin-B-Komplex in den ersten zwei Tagen durch. Der Heilschlaf wurde je nach Fall über drei bis fünf Tage ausgedehnt, dann langsam abgesetzt und mit Metrotonin weiterbehandelt. Anfangs gaben wir täglich 3 Tabletten, später kamen wir mit einer geringeren Dosierung aus. Wichtig scheint noch zu bemerken, daß bei unseren 7 Patientinnen mit nachweislicher toxischer Leberschädigung von Anfang an NNR-Hormon sowie Aminosäurepräparate zusätzlich gegeben wurden, bis die Elektrophorese und die Serumlabilitätsprüfungen annähernd normale Werte aufwiesen. Erst dann haben wir Metrotonin verabfolgt, weil uns das Präparat im akuten Stadium der Lebertoxikose wegen des Barbituratgehaltes kontraindiziert erschien. Unter unseren 11 Patientinnen wurden 6 beschwerdefrei, erholten sich sichtlich und nahmen an Gewicht zu. Zwei Patientinnen bekamen ein Rezidiv, das nicht mehr auf Metrotonin ansprach, 3 Patientinnen blieben unbeeinflußt. Eine Behandlung über den 4. Schwangerschaftsmonat hinaus war bei uns in 2 Fällen erforderlich. Etwa ein Drittel unserer Patientinnen wurde inzwischen entbunden. Unter Einhaltung therapeutisch wirksamer Dosen haben wir nie unangenehme Nebenwirkungen beobachtet, insbesondere kein Ansteigen des Blutdruckes über normale Werte. Die mit Erfolg behandelten Patientinnen gaben einheitlich ein zunehmendes Wohlbefinden an. Der Appetit wurde angeregt und günstige Gewichtszunahmen verzeichnet.

DK 618.3 - 06 : 616.33 - 008.3 - 085

Schrifttum kann von der Verf. angefordert werden.

Summary: After discussing the various pathogenetic factors in the origin of hyperemesis gravidarum, the author reports on own experiences in the therapy of this disease with metrotonin. 39 patients out of 49 were freed of their complaints. In some cases the metrotonin treatment was started in combination with phenothiazine, in these cases a clear potentiating effect on metrotonin was obtained.

Résumé: On commence par des considérations sur les facteurs pathogéniques intervenant dans l'apparition des vomissements de la grossesse. On décrit ensuite les résultats du traitement de ces vomissements par la métrotonine (combinaison d'acide isoamyléthylbarbiturique et de chlorhydrate de N-diméthylphénylisopropylamine). Chez 39 femmes sur 49, les vomissements ont disparu complètement. Chez un certain nombre d'entre elles on a associé la phénothiazine au traitement à la métrotonine. La phénothiazine renforce nettement l'action de la métrotonine.

Anschr. d. Verf.: Berlin-Wilmersdorf, Sächsische Str. 27a.

Aus der geburtsh.-gynäkol. Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Harburg (Chefarzt: Dr. med. habil. *H. Kastendieck*)

Zur Frage der Anwendung des Spasmolytikums Buscopan in der Geburtshilfe*)

von Dr. med. *J. Stelter*

Zusammenfassung: An Hand von 333 Fällen wird über die Erfahrungen mit dem Spasmolytikum Buscopan unter der Geburt berichtet. Zusammenfassend kann festgestellt werden:

1. Spasmolytika bewirken eine erhebliche Verkürzung der Eröffnungsperiode.
2. Es kann die gute Verträglichkeit und die völlige Unschädlichkeit des Buscopans bestätigt werden.
3. Bei Eröffnungsschwierigkeitenn mit Wehenschwäche ist eine Kombination der Spasmolytika mit Wehenmitteln in Form einer Mischspritze indiziert.
4. Spasmolytika können unbedenklich auch kurz vor der Entbindung bei Gefahr der Muttermundseinklemmung oder kurz vor der Extraktion bei Fußlagen i.v. angewendet werden.

Geburtserleichterung war schon von jeher eine der erstrebenswertesten und dankbarsten Aufgaben der Geburtshelfer. Um eine spontane, kurze und schmerzlose Geburt zu erreichen, sind viele Wege beschritten worden. Neben der reinen Schmerzbekämpfung sind in den letzten Jahren durch Anwendung von Spasmolytika beachtliche Fortschritte erzielt worden.

Über die Wirksamkeit von Spasmolytika in der Geburtshilfe bestehen heute keine Zweifel mehr. Es ist in zahlreichen Veröffentlichungen über gute Erfolge dieser Medikamente in der Eröffnungsperiode mit z. T. erheblicher Verkürzung der Geburtsdauer berichtet worden. Eine sichere übereinstimmende Klärung des Wirkungsmechanismus ist bisher genauso wenig gelungen, wie bei der Frage der wechselseitigen Wirkung von Parasympathikus und Sympathikus auf den Uterus. Der Angriffspunkt erfolgt sicher über das vegetative Nervensystem, wahrscheinlich durch Senkung des Tonus in beiden Systemen.

Auch an der geburtshilflichen Abteilung des A. K. Harburg wurde bereits 1952 mit der klinischen Überprüfung eines Spasmolytikums begonnen. Wir verwendeten **Buscopan,** ein Derivat aus der Reihe der quaternären Ammoniumbasen des Hyoscins. Die chemischen und pharmakologischen Eigenschaften dieses als vagotroper Ganglienblocker bekanntgewordenen Präparates sind bereits durch vorangegangene Veröffentlichungen hinreichend bekannt. An Hand der guten Erfolge bei 333 Fällen, die wir bei 1600 Geburten im gleichen Zeitraum machten, können wir die Ergebnisse früherer Autoren nicht nur bestätigen, sondern fanden außerdem bei der klinischen Erprobung und späteren Zusammenstellung Gesichtspunkte, die uns einer Veröffentlichung wert erschienen.

Ausgehend von den Erfahrungen der Voruntersucher und bestärkt durch unsere späteren eigenen Erfahrungen wendeten wir das Spasmolytikum bei einem 2—3 Querfinger (Qufi.) weiten Muttermund (Mm.) und guter Wehentätigkeit an. Die erste Untersuchungsgruppe umfaßt 69 I-Gebärende und 47 Mehrgebärende, die mit Buscopan in der früheren Dosierung zu 10 mg/Ampulle behandelt wurden. Der größte Teil bekam das Medikament als i.m. Injektion, die regelmäßig nach 1/2 Std. bei unzureichender Wirkung wiederholt wurde. Auf eine perorale oder rektale Anwendung verzichteten wir im Versuchsstadium, um eine exakte Dosierung zu erzielen. In einer 2. Serie sind 125 I-Gebärende und 92 Mehrgebärende zusammengestellt. Diese Patientinnen erhielten Buscopan in der jetzt im Handel befindlichen Dosierung zu 20 mg i.m. Auch hier wurde die Injektion bei noch nicht vollständig erweitertem Muttermund wiederholt, jedoch erst nach einer Stunde. Aus demselben Zeitraum stammen die den ersten beiden Gruppen gegenübergestellten Kontrollfälle. Wir haben bewußt denselben Zeitraum gewählt. Somit sind gerade bei den Kontrollfällen Geburten enthalten, bei denen wegen einer kurzen Eröffnungsperiode die Anwendung eines Spasmolytikums entfiel. Gemessen wurde bei allen Kreißenden die Zeit von Anwendung des Medikamentes (2—3 Qufi. Mm.) an bis zur Geburt. Eine entsprechende Zeitberechnung erfolgte bei den Kontrollfällen. In allen Gruppen bekamen die Gebärenden zur Schmerzbekämpfung Lachgas oder Trichloraethyleninhalation. Pathologische Geburten wurden aus der Zusammenstellung ausgeschlossen.

Die Auswertung der Fälle in den einzelnen Gruppen ergibt, daß bei den mit Buscopan (10 mg und 20 mg) behandelten Fällen bereits über die Hälfte der Frauen in den ersten beiden Stunden nach der Medikation entbunden worden ist, während bei den nichtbehandelten Fällen eine erheblich längere Geburtsdauer zu verzeichnen ist.

Die durchschnittliche **Geburtsdauer** nach Buscopan und bei den Fällen ohne Medikation wurde wie folgt berechnet:

	Erstgeb.	Mehrgeb.
Buscopan (10 mg)	3 Std. 10 Min.	2 Std.
Buscopan (20 mg)	2 Std. 40 Min.	1 Std. 35 Min.
unbehandelte Fälle	5 Std. 30 Min.	3 Std. 10 Min.

Man kann also feststellen, daß bei Anwendung von Buscopan die Zeit der Geburt (2—3 Qufi. Mm. bis zur Geburt) um etwa die Hälfte verkürzt wird.

Während subjektiv der Eindruck einer besseren Wirkung von Buscopan 0,02 bestand, überraschte bei der Zusammenstellung und Auswertung die nur unwesentliche Differenz der Geburtsverkürzung in beiden Gruppen. Dabei muß jedoch erwähnt werden, daß wir Buscopan 0,02 erst nach 1 Stunde bei nicht ausreichender Wirkung nachinjizierten. Es ist also in beiden Gruppen in einer Stunde dieselbe Dosis gegeben worden. Wir glauben, mit 0,02-Buscopan/Stunde die optiamle Dosierung gefunden zu haben. Eine weitere Steigerung der Dosierung erscheint zwecklos und ist daher nicht erforderlich. Es kann jedoch unbedenklich dieselbe Menge von 0,02 Buscopan nach einer Stunde wieder gegeben werden.

Der günstigste Zeitpunkt der Anwendung eines Spasmolytikums unter der Geburt ist ein 2—3 Qufi. weiter Mm., was bereits in fast allen früheren Veröffentlichungen festgestellt worden ist. Es ist natürlich bei Applikation eine gute Wehentätigkeit erforderlich. Mißerfolge konnten meist durch Wehenschwäche erklärt werden.

Die Erfahrung, daß Spasmolytika bei schlechten Wehen keine Wirkungsmöglichkeit haben, ließ uns an eine **Kombination mit Wehenmitteln** denken. Es soll jedoch betont werden, daß wir an unserer Klinik mit Wehenmitteln in der Eröffnungsperiode sehr zurückhaltend sind. Bei ausgeprägter Wehenschwäche wird man andererseits in manchen Fällen nicht ohne wehenfördernde Medikamente auskommen. Es wurde dann eine Ampulle Buscopan 0,02 mit 3 VE Orasthin kombiniert und als Mischspritze — ähnlich wie es bereits vom Dolantin-Orasthin bekannt ist — in drei Portionen 1/2stündlich injiziert. Bei mehreren Patientinnen mit Wehenschwäche führte diese Therapie zur raschen, komplikationslosen Geburt. (Auf die Schilderung einzelner Fälle wird bei dieser Zusammenstellung verzichtet.) Die Ergebnisse sind als gut zu bezeichnen, da sich offenbar die wehenfördernde Wirkung mit der geburtsbeschleunigenden Beeinflussung durch das Spasmolytikum kombiniert. Es sollte deshalb überlegt werden, ob nicht immer bei Eröffnungsschwierigkeiten mit Wehenschwäche bei notwendigen Gaben von Wehenmitteln eine Kombination mit einem Spasmolytikum angezeigt ist. Der Vorteil gegenüber dem Dolantin-Orasthin ist in der völligen Unschädlichkeit des Buscopans besonders kurz ante partum zu sehen. Eine gute analgetische Wirkung und Beeinflussung des Wehenschmerzes ist heute mit Lachgas oder Trichloraethylen auf jeder geburtshilflichen Abteilung möglich, so daß man immer mehr zu reinen Spasmolytika übergehen kann.

Wie bereits erwähnt, muß die gute **Verträglichkeit** des Buscopans bei Mutter und Kind hervorgehoben werden. Es wurde sogar beobachtet, daß bei einigen Kreißenden Erbrechen nach Anwendung dieses Spasmolytikums schlagartig sistierte.

*) Herrn Prof. Dr. med. C. J. Gauß zum 80. Geburtstag gewidmet.

Einen verstärkten Wehenschmerz durch zu rasche Zervixeröffnung konnten wir nicht feststellen. Vermehrte Komplikationen ante und post partum traten nicht auf. Über diese absolute Unschädlichkeit des Spasmolytikums besteht in allen bisherigen Veröffentlichungen völlige Übereinstimmung.

Hervorzuheben ist noch die Möglichkeit der gefahrlosen i.v. Injektion des Buscopans, selbst kurz vor der Geburt. Wir kamen zu dieser therapeutischen Anwendungsform bei einigen Geburten, bei denen wegen des bereits tief stehenden Kopfes (Beckenboden) und vorzeitigen Preßdranges bei noch nicht vollständig erweitertem Muttermund die **Gefahr der Muttermundseinklemmung** bestand. Nach i.v. Injektion von Buscopan 0,02 war nach einigen Wehen in jedem dieser Fälle der Mm. vollständig erweitert, und es konnte die Spontangeburt erfolgen. Den gleichen Erfolg erzielten wir bei einer II-Gebärenden, die uns wegen Geburtsstillstands bei tiefstehendem Kopf und eingeklemmtem Mm. zur klinischen Entbindung eingewiesen wurde. Auch hier konnte durch Anwendung des Spasmolytikums ein operativer Eingriff (Muttermundsinzision) verhütet werden. Eine schädigende Wirkung auf Mutter und Kind oder eine ungünstige Beeinflussung der Nachgeburtsperiode wurde auch bei dieser Anwendungsart nicht beobachtet.

In diesem Zusammenhang soll noch folgende Anwendungsmöglichkeit erwähnt werden: **aus kindlicher Indikation bedingte Extraktionen,** besonders bei vollkommener Fußlage, bei der oft ein noch nicht vollständig erweiterter Mm. gefunden wird, können erhebliche Schwierigkeiten bereiten und eine Entwicklung des Kindes ohne Muttermundsinzision unmöglich machen. Auch bei dieser geburtshilflichen Situation sollte man vor der Extraktion immer ein Spasmolytikum i.v. anwenden. Spasmolytika sind jedenfalls nicht nur bei Beginn der Eröffnungsperiode, sondern auch noch bei Eröffnungsschwierigkeiten kurz vor der Geburt mit gutem Erfolg gefahrlos i.v. anwendbar.

DK 618.5 - 085 Buscopan

S c h r i f t t u m kann vom Verf. angefordert werden.

Summary: On the basis of 333 cases report is given on experiences with the spasmolytic preparation buscopan during parturition. The results were as follows:

1. The effect of spasmolytics is represented by a considerably abbreviated period of dilatation of the cervix.
2. Favourable tolerance and complete innocuousness of buscopan can be confirmed.
3. When difficulties in dilatation of the cervix occur in conjunction with weak labour, a combination of spasmolytics with ecbolics is advocated. This can be given together in one injection.
4. Spasmolytics can also be intravenously administered shortly before parturition when there is the danger of incarceration of the orifice of the womb, or shortly before extraction of a fetus in foot-presentation.

Résumé: On a étudié l'action du spasmolytique appelé buscopan (un dérivé de l'hyoscine) sur 333 cas d'accouchement. En résumé on a pu faire les constatations suivantes:

1. Les spasmolytiques provoquent un raccourcissement notable de la période de dilatation du col.
2. Le buscopan est très bien supporté et n'est absolument pas toxique.
3. Quand il y a des difficultés au cours de la période de dilatation accompagnées de faiblesses des contractions utérines il est indiqué de faire une injection combinée du spasmolytique avec un ocytocique.
4. On peut aussi sans danger faire une injection intra-veineuse du spasmolytique peu de temps avant l'accouchement dans les cas de spasmes cervicaux ou justement avant une extraction par les pieds lors d'une présentation du siège.

Anschr. d. Verf.: Hamburg-Harburg, Allg. Krankenhaus Harburg, Eissendorfer Pferdeweg 52.

Technik

Injektion von Penicillin

von Dr. med. *Wolfram Jäger*, Frankfurt a. Main

Zusammenfassung: Es wird an die bereits in der Literatur veröffentlichten Fälle erinnert, bei denen Penicillininjektionen von mehreren 100 000 E. einen tödlichen Ausgang zur Folge hatten. Als Ursache wird eine Penicillinallergie angenommen. Die intravasale Injektion von Depotpenicillin dürfte zweifellos zu gefährlichen Komplikationen führen. Auch bei sorgfältigster Auswahl der Injektionsstelle kann ein Gefäß getroffen werden und die Injektionsnadel eine derartige Lage einnehmen, daß auch unbemerkt eine intravasale Injektion von Depotpenicillin erfolgt.

Mit der beschriebenen Technik soll eine zufällige intravasale Injektion von Depotpenicillin weitgehendst vermieden werden.

Verschiedentlich verzeichnet die Fachliteratur **Todesfälle nach Injektionen von Penicillin.** Es handelte sich um Penicillin in seiner Depotform in einer Dosierung einmal von 300 000 E. als auch von 600 000 E.

Bei einer Einspritzung von Penicillin mit 300 000 E. bei einem Patienten, dessen Allergie gegen Penicillin bekannt war, ereignete sich ein Todesfall.

In den meisten Fällen hatten die Patienten mehrere Injektionen glatt vertragen. Manchmal stellte sich sofort nach der Einspritzung Übelkeit ein, und zuweilen trat die allergische Reaktion erst nach 20 Minuten oder noch später auf.

Allergien gegen Penicillin und gegen die Depotsubstanz — bei uns meist Procain — sind bekannt. Es wird angenommen, daß die Allergie gegen Penicillin — sei es, daß sie primär bestanden hat, sei es, daß sie sich unter der wiederholten Penicillininjektion entwickelt hat — die Ursache für den tödlichen Verlauf der Injektion bildet.

Gelegentlich kommt es auch bei vorsichtiger Auswahl der Einstichstelle nach dem Herausziehen der Injektionsnadel zu Blutungen. Beim Einstich ist ein **Gefäß getroffen** worden, ohne daß die mehrfache Aspiration Blut gezeigt hätte und vor der Einspritzung von diesem Ereignis unterrichtet hätte.

Das negative Ergebnis einer solchen Aspiration mag entweder dadurch bedingt sein, daß eine Ventilwirkung vorliegt oder daß die Injektionsnadel durch Penicillin verklebt ist. Es ist aber denkbar, daß die Nadel doch intravasal liegt.

Im Tierversuch (Lancet [1953]) verliefen Einspritzungen von **Depotpenicillin in die Blutbahn** sofort tödlich. Es bildeten sich Kristallablagerungen in den Lungengefäßen, und es kam zum Lungenödem.

Eine unbeabsichtigte Einspritzung von Depotpenicillin in die Blutbahn wird daher auch beim Patienten, der nicht gegen Penicillin allergisch ist, übel ausgehen.

Wir schlagen daher bei der Injektion von größeren Dosen von Depotpenicillin folgende **Technik** vor:

1. Wir verwenden normale Spritzen und ziehen Penicillin mit Nadelgröße 1 auf. Für die Injektion setzen wir eine Nadel Größe 2 auf. Unmittelbar vor der Injektion prüfen wir die Durchgängigkeit der Nadel.

2. Nach dem Einstich aspirieren wir und lösen die Spritze von der Nadel. Mit einer Taschenlampe leuchten wir in den Nadelkonus, um Blut oder eventuelle Blutspuren zu entdecken. Bei negativem Befund injizieren wir unter mehrfachem Aspirieren weiter. Während der langsamen Einspritzung machen wir öfter Pause und fragen den Patienten nach Hautjucken, Kopfschmerzen und Übelkeitsempfinden.

3. Besser aber noch ist es, zuerst etwas A q u a d e s t. aufzuziehen, an der gewählten Stelle einzustechen und ein klein wenig Aqua dest. zu injizieren und sofort wieder zu aspirieren.

Selbst geringe Blutspuren zeigen sich in dem klaren Aqua dest. besser als in der undurchsichtigen Penicillinlösung.

Bei negativem Befund setzt man die bereitgehaltene Penicillinspritze auf und injiziert.

Bei etwas Übung läuft dieser Vorgang schnell ab. Mit der beschriebenen Technik kann eine intravasale Einspritzung von

Depotpenicillin mit den bekannten Gefahren fast 100%ig vermieden werden.

DK 615.779.932

Summary: The author calls to mind those cases published in medical literature, in which an injection of several 100 000 units of penicillin ended fatally in death. An allergy against penicillin is assumed to be the cause. The intravasal injection of penicillin may doubtlessly entail dangerous complications. Even if the site of injection is carefully chosen, a blood-vessel may be hit and the canula be in such a position that the penicillin gets unnoticed into a blood-vessel. The author describes an injection technique, by which an intravasal injection of penicillin can be almost completely avoided.

Résumé: On rappelle les cas de mort survenus après des injections de plusieurs centaines de miliers d'unités de pénicilline qui ont été publiés. On admet que la cause de la mort est une allergie à la pénicilline. Les injectieux de pénicilline retard dans les vaisseaux peuvent aussi donner lieu sans aucun doute à de sérieuses complications. Même après avoir choisi très soigneusement l'endroit d'injection, on peut malgré tout atteindre un vaisseau et l'aiguille d'injection peut prendre une position telle qu'une injection de pénicilline retard dans les vaisseaux s'en suit.

Grâce à la technique décrite dans le présent travail on réduit le danger de faire une injection intra-vasculaire accidentelle à la pénicilline retard au minimum.

Anschr. d. Verf.: Frankfurt a. M. S 10, Walldorferst. 10.

Geschichte der Medizin

Danzigs Medizinische Akademie

von Prof. Dr. *Herbert Schmidt*

Zusammenfassung: Die Medizinische Akademie von Danzig, schon in den zwanziger Jahren geplant, wurde im Jahre 1935 zunächst als Akademie für praktische Medizin gegründet. In den darauffolgenden Jahren wuchs sie unter Hinzunahme vorklinischer Fächer und unter wesentlicher Unterstützung der Technischen Hochschule von Danzig zu einer Vollakademie heran, welche in ihrem Aufbau einer Medizinischen Fakultät in allen Punkten glich. So waren nicht nur sämtliche klinischen mit Einschluß der Spezialfächer vorhanden, sondern auch alle theoretischen Institute. Die Medizinische Akademie erstreckte ihren Einfluß weit über Westpreußen hinaus nach der Provinz Posen, nach Pommern und nach Ostpreußen, ja, bis in die ehemaligen Ostseeprovinzen hinein und hat durch ärztliche Fortbildungskurse und Vorträge, durch Begründung von Schwestern-, Hebammenschulen und ähnlichen Einrichtungen eine überaus segensreiche Wirkung ausgeübt. Sie hatte nicht nur das Recht zur Abhaltung der ärztlichen Vorprüfung, des Staatsexamens und der Promotion, sondern auch das der Habilitierung und der Ernennung zu den akademischen Graden.

Die Gründung der Medizinischen Akademie der Freien Stadt Danzig wurde bereits in den zwanziger Jahren geplant, da schon damals vorzügliche Einrichtungen in den Krankenanstalten des Freistaates und der Stadt vorhanden waren, die als Grundlage für eine Hochschule dienen konnten. Sowohl das sehr ausgedehnte Städtische Krankenhaus als auch die Landesfrauenklinik waren kurz vor dem ersten Weltkrieg fertiggestellt worden und bildeten damals Häuser, die allen modernen Anforderungen genügten. Jedoch hat zuerst die Inflation, später die Umwertung der Währung in Danziger Gulden sowie Guldenabwertung die Ausführung dieser Pläne zunächst verhindert.

Erst als das Städtische Krankenhaus durch Errichtung der verschiedenen Spezialabteilungen im Jahre 1934 vervollständigt wurde, besserten sich die Möglichkeiten für das Vorhaben, und mit Unterstützung des Deutschen Reiches, der Behörden der Freien Stadt, der Technischen Hochschule, durch Gründung einer „Gesellschaft der Freunde der Medizinischen Akademie" und ähnlichen Maßnahmen gelang es unter Mithilfe der im Krankenhaus tätigen Chefärzte, im Frühjahre 1935 die erste Gründungsversammlung der **Medizinischen Akademie** abzuhalten und den Lehrkörper zu konstituieren. Durch die zielbewußte und energische Arbeit des damaligen Generalsekretärs der Akademie wurden die noch immer nicht geringen Schwierigkeiten bald überwunden, und die neue Hochschule entstand vorläufig nur mit klinischen Fächern, und zwar als eine Akademie für praktische Medizin. Ihr Ziel war, zunächst durch Schaffung eines numerus clausus die Zahl der immatrikulierten Studenten dermaßen niedrig zu halten, daß die Möglichkeit sichergestellt wurde, jeden einzelnen weitgehend aus dem Hörsaal heraus und ans Krankenbett zu führen, um ihn von vornherein mit den praktischen Dingen seines Berufes möglichst frühzeitig bekannt zu machen und ihm eine weitgehende Fühlungnahme mit den Patienten, die ja bei dem Unterricht an den großen Universitäten oftmals zu kurz kommt, zu ermöglichen.

Diese Art der Akademie, wie sie nicht nur in Düsseldorf, sondern auch sonst im Deutschen Reich entstand, hat sich aber eben wegen ihrer begrenzten Zielsetzung im allgemeinen nur zum Teil bewährt, da sie sowohl im Lehrbetrieb als auch in der Forschung durch Fehlen der vorklinischen und anderen theoretischen Fächer in gewissem Sinne immer ein Torso blieb. Infolgedessen machten sich auch in Danzig, vornehmlich innerhalb des Lehrkörpers der Akademie, Bestrebungen geltend, die Hochschule auf eine breite Basis zu stellen und ihr unter Angliederung weiterer theoretischer, namentlich auch vorklinischer Institute, die notwendige Grundlage zu verschaffen. So erfolgte im Laufe der Zeit zunächst die Einrichtung eines selbständigen Röntgeninstitutes, eines Institutes für Hygiene und Bakteriologie, eines Institutes für gerichtliche Medizin und Kriminalistik und einer Orthopädischen Klinik.

Bald konnte auch erreicht werden, daß die vorklinischen Fächer durch Neugründungen und Berufungen entsprechender Lehrkräfte in die Akademie aufgenommen wurden. So wurden völlig neu geschaffen: ein Anatomisches Institut, ein Pharmakologisches und ein Physiologisches Institut. Außerdem wurde die physiologische Chemie durch einen Dozenten besonders vertreten.

Die für den medizinischen Unterricht noch fehlenden naturwissenschaftlichen Fächer den Studenten zugänglich zu machen, gelang durch eine enge Anlehnung an die Technische Hochschule, die entgegenkommenderweise in ihren eigenen Lehranstalten die Kollegs für Medizinstudenten in Chemie, Physik, Botanik und Zoologie sicherstellte. Auf diese Weise entstand eine vollständige medizinische Fakultät.

Infolgedessen wurde Danzig bald das Ziel eines großen Zustromes an Studenten, der immer wieder durch Sperrung abgestoppt werden mußte, um eine allzugroße Überschwemmung zu verhindern. Der Studiengang entsprach völlig den Anforderungen der im Reich gültigen Vorschriften und ermöglichte bald den Studenten nach Abschluß ihres Staatsexamens auch die Ablegung der Doktorprüfung und die Habilitierung in den jeweils gewählten Fächern. So ist aus der Medizinischen Akademie nicht nur eine große Zahl von Promotionen, sondern auch eine im Verhältnis zur kurzen Dauer ihres Bestandes stattliche Anzahl von Dozenten hervorgegangen.

Da sich die Krankenanstalten in Danzig sehr bald als zu klein erwiesen, wurde schon Ende der zwanziger Jahre mit einem hervorragenden Neubau der Inneren Klinik begonnen, welcher einen erheblichen Bettenzuwachs erbrachte. Ebenso wurde auch die Bettenzahl der Frauenklinik vergrößert. Der Ausbau der Krankenanstalten ging ständig weiter voran und erbrachte endlich eine Zahl von ca. 2500 Betten.

Den Anstalten der Medizinischen Akademie waren außerdem noch folgende staatlich anerkannte Lehranstalten angeschlossen: eine Schwesternschule, eine Säuglingsschwesternschule, eine Hebammenlehranstalt, eine Pflegeschule, eine Krankengymnastikschule und eine Schule zur Ausbildung von Laborantinnen und Röntgenassistentinnen. Die einzelnen Häuser waren mit allen modernen Mitteln versehen und besaßen die Möglichkeit zu sämtlichen wissenschaftlichen Untersuchungen der damaligen Zeit. — Besonders gut war die zum großen Teil neu erbaute, 450 Betten umfassende **Innere Klinik** ausgestattet, mit einem eigenen großen Badehaus, in dem alle erdenklichen medizinischen Heilbäder und therapeutischen Behandlungsmethoden verabfolgt werden konnten. Sie enthielt ein großes Zentrallaboratorium, viele wissenschaftliche Laboratorien und ein besonders gut ausgestattetes Ekg.-Laboratorium. Zwei Sanatorien zur Aufnahme stationärer Lungenkranker, im Wald und an der See gelegen, waren ihr angegliedert. Die Kinderklinik mit etwa 300 Betten verfügte damals schon über einen Biomotor zur Behandlung von Atemlähmungen aller Art, vor allem auch der Poliomyelitis. Ihre

Isolierstationen waren in einzelnen Pavillons untergebracht und besonders modern eingerichtet. — Die **Chirurgische Klinik** mit 420 Betten hatte in den letzten Jahren einen großen Poliklinik-Neubau erstellt, der den Erfordernissen auch eines großen Patientenandranges gerecht wurde.

Das **Zentral-Röntgeninstitut** wurde allmählich das bedeutendste des ganzen Ostens. Es war mit den modernsten Geräten ausgestattet und erfreute sich eines ständig wachsenden Zustromes. In den letzten Jahren erreichte es einen Durchgang von 40 000 Fällen. Trotz dieser großen Leistung waren in einer Reihe von Kliniken, so z. B. auf der Haut-, der Kinder-, der Chirurgischen, der Orthopädischen Klinik eigene Röntgenabteilungen vorhanden. Das Röntgeninstitut der Akademie führte im Osten erstmalig die röntgenologische Erfassung der Schulkinder und anderer großer Personengruppen in Reihenuntersuchungen ein und bildete hierdurch einen wesentlichen Faktor bei Tuberkulosebekämpfung. Weiterhin unterstanden ihm sämtliche Röntgeninstitute Westpreußens, die öffentlichen, wie die privaten, zur Kontrolle und Beratung, so daß unzweckmäßige, veraltete oder gar gefährliche Apparate ausgeschaltet, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verbessert und den Fachärzten auf jedem Gebiete Hilfe werden konnte.

Die **Landesfrauenklinik** mit 300 Betten galt lange Zeit als eine der schönsten Kliniken im Vergleich mit Deutschland. Sie erwies sich jedoch allmählich als zu klein, so daß man schon in den zwanziger Jahren diesem Mißstand mit einem neuen Schwesternhaus abzuhelfen versucht hat. Auch war ein großzügiger Erweiterungsbau nach dem Kriege vorgesehen. Aber noch während des Krieges wurde ein großer Hochbunker errichtet, der, mit Fahrstühlen, Klimaanlage, eigener Lichtzentrale, Operationsräumen und Laboratorien aller Art und dergleichen ausgestattet, ein ungefährdetes Arbeiten auch während schwerer Luftangriffe sicher gewährleistete.

Als ganz neue Anstalt wurde die **Orthopädische Klinik** in Danzig-Silberhammer gegründet und auf eine Bettenzahl von zunächst 220 und später 350 Betten eingerichtet, mit welcher eine Krankengymnastik- und Massageschule, eine orthopädische Werkstatt zur Anfertigung orthopädischen Schuhwerks, Lehrwerkstätten zur Ausbildung körperbehinderter Lehrlinge, eine Gartenbauschule und ein landwirtschaftliches Gut verbunden waren. Hier wurde auch unter Hinzunahme Blinder ein Stamm von orthopädisch geschultem Pflegepersonal herangebildet, der zur Bekämpfung und Vorbeugung von Krüppelleiden bestimmt war. Hier befanden sich eine einzigartige Bäder- und Unterwasser-Massageabteilung, ausgedehnte Spezialsportanlagen und das Organisationszentrum zur Entkrüppelung der körperbehinderten Menschen, insbesondere der Kinder. Diese war so weit ausgebaut, daß jedes mit einem angeborenem Gebrechen behaftete Kind von der mit der Klinik auf das engste verbundenen Fachärzteschaft und den Hebammen sofort gemeldet und der fachgemäßen Behandlung zugeführt wurde. Die vorbeugende Krüppelfürsorge war so weit gediehen, daß rachitische Deformierungen und Rückgratverkrümmungen nahezu nicht mehr in Erscheinung traten. — Die **Hautklinik** umfaßte 230 Betten und enthielt außer Poliklinik, einem Lichtinstitut, ausgedehnten Laboratorien auch eine Schul-Hautpoliklinik, die der Schulfürsorge erlaubte, alle Kinder, die in Ferienheime und dergleichen verschickt werden sollten oder von dort zurückkamen, der Untersuchung und Behandlung zuzuführen und auf diese Weise ansteckende Hautkrankheiten zu bekämpfen. Hier befand sich auch eine Zentrale, in welcher jeder Syphiliskranke registriert, beraten, behandelt und beobachtet wurde. Diese beiden Einrichtungen waren einzig in ihrer Art.

Während die **Hals-Nasen-Ohren-Klinik** zunächst mit der Augenklinik unter einem Dach leben mußte, konnte dieser unhaltbare Zustand durch Trennung der beiden Fächer bald überwunden werden. Hierdurch gewann erstere im ganzen 75 Betten. Sie war, wie auch die anderen Kliniken, in jeder Beziehung modern ausgestattet. — Die **Augenklinik** war nur provisorisch in einer allerdings modernen Baracke mit Operationssaal und allen Nebenräumen untergebracht und verfügte zunächst über 25 Betten. Diese Bettenzahl wurde jedoch noch während des Krieges auf 50 Betten erhöht, und überdies war ein Neubau für die Zeit nach dem Kriege vorgesehen.

Auch das **Pathologische Institut** konnte sich durch die Einrichtung eines neuen Sektionssaales, mehrerer Laboratorien, durch Einbau einer modernen Kühlanlage u. a. m. vergrößern. Dadurch, daß es zwischen Königsberg, Greifswald und Posen das einzige war, kam ihm eine besondere Bedeutung zu.

Unter den theoretischen Instituten verdient die **Anatomie** eine besondere Erwähnung. Sie wurde erst während des Krieges gegründet, wurde aber trotzdem zu einem großen Institut entwickelt, in dem alle Zweige der Lehre wie der Forschung betrieben werden konnten. 500 Studenten konnten in dem großen Präpariersaal gleichzeitig präparieren! Für Deutschland einmalig war die Ausstattung mit 280 Zeiss-Mikroskopen, so daß eine histologische Vorlesung gar nicht mehr gelesen, sondern der Student gleich vom ersten Semester an in einem praktischen Spezialkurs an die Analyse und Diagnose der Gewebe herangeführt wurde. Eine große Anzahl von Laboratorien, Dunkelkammern, Sammlungsräumen mit einer in 72 Schränken untergebrachten Modellsammlung rundeten das Bild dieses schönen Institutes ab, aus dem viele wissenschaftliche Arbeiten hervorgegangen sind und welches weit über den eigentlichen Rahmen seiner Zielsetzung hinaus tätig gewesen ist. Als einmalige Einrichtung bestand ein großer Zeichensaal, in dem 7 Zeichner zugleich das Material für den in 6 Sprachen als Spanner-Spaltzeholzschen Atlas neu herauskommenden alten Spalteholzschen Anatomie-Atlas anfertigten; außerdem eine wertvolle Bibliothek, ein gesondertes Mazerierhaus und eine angegliederte Präparationsschule, in der die gewöhnliche wie die Museumspräparation gepflegt und ganz neue Wege in der Modellherstellung angebahnt wurden.

Während die Frauenklinik von einer eigenen, vorzüglich durchgebildeten **Schwesternschaft** versorgt wurde, war der große Komplex des Krankenhauses mit einem Mutterhaus und einer Schwesternschule des Zehlendorfer Diakonievereins versehen. Diese Schwesternschaft, die sich durch lange Jahre ihrer Arbeit an den Krankenanstalten Danzig mit einer über alles Lob erhabenen Pflichttreue und Einsatzbereitschaft bewährt und sich die größten Verdienste erworben hat, stellte nicht nur die für jeden erdenklichen Zweck erforderlichen spezialgeschulten Kräfte den einzelnen Kliniken zur Verfügung, sondern schuf durch den großen Nachwuchs, für den die Leitung des Verbandes sorgte, ein Reservoir pflegerischen Personals, mit welchem später eine Anzahl von größeren Provinzstädten, aber auch kleineren Landstädten, versorgt wurde.

Dem ganzen Betrieb stand eine entsprechend große **Apotheke** unter einem Oberapotheker, mehreren Apothekern, Laboranten und Laborantinnen zur Verfügung und versorgte nicht nur die eigenen Anstalten, sondern auch die Frauenklinik und angegliederte Krankenhäuser mit Verbandstoffen, Arzneimitteln und den modernsten Spezialpräparaten.

Obwohl im Hauptverwaltungsgebäude des Hauses eine umfangreiche medizinische Bibliothek vorhanden war, besaß dennoch fast jede Klinik ihre Handbibliothek; dazu hatten auch noch die einzelnen Spezialfächer ihre schönen Spezialbibliotheken.

Besonders interessant ist es, daß die Medizinische Akademie für die Stadt und ganz Westpreußen als **Obervertrauensärztliches Institut** eingesetzt war, mit der Aufgabe, die schwierigen, von den vertrauensärztlichen Instituten allein nicht lösbaren Fälle möglichst zur endgültigen Entscheidung und Klärung zu bringen. Hieran waren sämtliche Kliniken des Hauses beteiligt.

Die besondere kulturelle Bedeutung der Danziger Medizinischen Akademie geht nicht nur daraus hervor, daß sie fast ganz Westpreußen mit Schwestern, Säuglingsschwestern und Hebammen in Städten sowohl wie auf dem Lande versorgte und dadurch unendlich viel zur Hebung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beitrug, sondern daß sie überall dort, wo es notwendig erschien, Spezialkräfte einsetzte. So z. B. konnte durch den Ausbildungsgang des Röntgeninstitutes ein großer Bereich mit voll ausgebildeten Röntgenassistentinnen, durch die Laborantinnenschule mit gut ausgebildeten Laborantinnen versehen werden; durch die Massage- und Krankengymnastikschule der Orthopädischen Klinik konnten die Fachärzte in den kleineren Städten eingearbeitete Hilfskräfte erwerben, aber auch unter behördlicher Leitung die Krüppelfürsorge wesentlich unterstützen.

Die Einwirkungen der Akademie auf das ganze ärztliche Leben der Freien Stadt Danzig und hernach Westpreußens, aber auch der angrenzenden Teile Pommerns, Ostpreußens und des Warthelandes, war sehr fühlbar. Da z. B. eine Zahl der im Lande zur Verfügung stehenden Chefarztstellen von den älteren Oberärzten, Privatdozenten oder a.o. Professoren der Akademie besetzt wurde, dehnte sich dementsprechend der Einflußbereich des Stammhauses immer weiter aus. — Ärztliche Fortbildungskurse, von weither in großer Zahl besucht und mit gründlicher Planung vorbereitet, wurden in Danzig in regelmäßigen Abständen abgehalten. Hierzu kamen wissenschaftliche Abende im Ärzteverein, in der Naturforschenden Gesellschaft und bei anderen Gelegenheiten. Aber auch in den anderen Städten, wie Graudenz, Thorn, Bromberg, Elbing usw. erfolgten ab und zu derartige von der Medizinischen Akademie inspirierte Veranstaltungen und sorgten für einen guten Zusammenschluß der Ärzteschaft. Dieses fruchtbringende wissenschaftliche Leben fand ferner seinen Niederschlag in zahlreichen Veröffentlichungen, die hier aufzuzählen zu weit führen würde, äußerte sich aber auch in den unmittelbaren Erfolgen auf gesundheits- und bevölkerungspolitischem Gebiet. In zunehmenden Maße suchte auch die Bevölkerung

des angrenzenden Polens, ja sogar der früheren Ostseeprovinzen, die verhältnismäßig junge Medizinische Akademie in Danzig voller Vertrauen auf. Die Konsiliarpraxis einzelner Kliniken erstreckte sich bis Posen, Warschau, Lemberg, Lodz, aber auch in Deutschland bis nach Stettin.

Die Danziger Medizinische Akademie hat sich von vornherein bemüht, im medizinischen Unterrichtsgang insofern eine Lücke zu schließen, als sie, wie eingangs schon kurz erwähnt, sich zum Ziel setzte, unbeschadet einer gründlichen theoretischen Ausbildung, den Studenten mehr als bisher auf die praktischen Dinge seines Berufes vorzubereiten. Aus diesem Grunde sammelte sie ihre Studenten in Studentenheimen und führte sie gruppenweise in gewissen Zeiträumen jeweils unter Beaufsichtigung der Oberärzte und leitenden Stationsärzte in kleinen Gruppen in die Krankensäle, in die Untersuchungsräume und ans Mikroskop. Sie hat sich hierbei bewußt teilweise an die englische oder vielleicht mehr noch an die von der holländischen Schule nach Wien überkommene Gepflogenheit des Unterrichts angelehnt. In den drei Hauptfächern waren die Studenten im wesentlichen internatsmäßig zusammengefaßt und wurden zu einem regelrechten klinischen Dienst über einen gewissen Zeitabschnitt hinweg eingeteilt.

Der alles vernichtende Krieg hat auch Danzigs Medizinische Akademie schwerstens getroffen.

Die Mitglieder ihres Lehrkörpers sind über das ganze Bundesgebiet zerstreut, nur wenige finden sich in der Westzone. Leider ist eine Einigung zu neuem gesammeltem Einsatz trotz vielfacher Bemühungen weder im In- noch im Ausland gelungen, so daß die Hoffnung hierauf wohl endgültig zerstört ist.

Viele der Angehörigen des Lehrkörpers haben inzwischen neue, zumutbare Aufgaben gefunden, anderen ist es möglich geworden, in gleicher Stellung an Universitäten zu arbeiten, aber immer noch findet sich eine Zahl, welche sich in praktischen Berufen oder in Privatanstalten zum Teil nur mit Schwierigkeiten behauptet. Alle aber einigt doch das feste Band der gemeinsamen schönen Erinnerungen an die einmalige und unvergleichliche Aufbauarbeit in der allen so sehr ans Herz gewachsenen Stadt Danzig.

DK 61 : 378.9 (431.25)

Summary: The medical academy of Danzig, already planned in the twenties, was first established as an academy for practical medicine in 1935. The following years brought an increase of clinical lectures, and due to the support of the Danzig technical high-school it developed into a full medical academy, which was in every respect adequate to a faculty of medicine. It contained not only all clinical branches with special departments, but also theoretical institutes. The influence of this academy extended far beyond the borders of West-Prussia to Posnania, Pomerania, East-Prussia, and even to the former provinces by the Baltic Sea. Medical post-graduate courses, speeches, Midwifery schools, and other institutions were also the beneficial work of the academy. The academy had not only the right of holding medical examinations, and granting promotions, but also of habilitation and the appointing of medical degrees.

Résumé: On avait déjà pensé fonder une école de médecine à la ville libre de Dantzig peu après la première guerre mondiale. Les nombreuses et importantes cliniques existant déjà dans cette ville justifiaient ce choix et pouvaient servire de base à cette école. Mais les événements survenant à cette époque en ont retardé l'exécution.

Ce ne fut qu'en 1935 que l'école de médecine fut fondée. Au début cette école ne comprenait que les doctorats avec ses branches cliniques pratiques. Dans la suite on y a ajouté des cours et des instituts théoriques pour former ainsi un enseignement médical complet.

On décrit ensuite en détail les différentes cliniques et les instituts de l'académie de médecine de Dantzig. Dantzig était ainsi avant tout dans l'esprit de ses fondateurs un centre de formation médicale pratique. La guerre a fait disparaître cette école de médecine et ceux qui en furent les professeurs sont maintenant dispersés dans toute l'Allemagne.

Anschr. d. Verf.: Hamburg-Altona, HNO-Abt. des Städt. Krankenhauses, Allee 164

Aussprache

Die Überschätzung der sog. Psychosomatischen Medizin

(Stellungnahmen zu der Arbeit „Die Überschätzung der sog. Psychosomatischen Medizin" von Dr. med. H. Puder)

Als die älteren Vertreter der **medizinischen Psychologie und Psychotherapie** vor 2 bis 3 Jahrzehnten die Lage ihres Faches betrachteten, mußten sie zu dem mehrfach geäußerten Eindruck kommen, daß von Feinden dieser Arbeit und Bewegung weniger Nachteile und Gefährdung zu erwarten sei als von unerwünschten Anhängern. Nicht jeder hat ja die Möglichkeit, mit C. G. Jung auf Vorhalt mancher Eigenarten seiner Anhänger nur achselzuckend zu erwidern: „Gott schütze mich vor meinen Freunden!" In diesem Sinne kann es die älteren und kritischen Vertreter unseres Faches, leider, in keiner Weise erstaunen, wenn von den verschiedensten Seiten lebhafte und in erheblichem Maß gerechtfertigte Bedenken und Angriffe angemeldet werden.

Aus dem Einzelkampf einiger weniger „Außenseiter" ist heute eine namentlich auch literarisch höchst aktive und propagandistisch nicht unbegabte Massenbewegung geworden. Soweit man sich nicht mit Allergie, Hormon, Fokalforschung, Frischzellen usw. einsetzt — oder gar in Verbindung damit! —, ist „Psyche" „Mode" geworden, sehr zum Nachteil ernsthafter, kritischer Arbeit.

Ganz besonders trifft dies für viele Vertreter der sogenannten **Psychosomatik** zu, und so ist es zu verstehen, daß Herr Kollege Puder einen ziemlich starken Aktivpuder gegen die gesamte Psychosomatik verordnet; damit wird der besonnene Vertreter unseres Faches in eine schwierige Lage versetzt, zumal wenn er noch vom Verfasser zur Hilfsstellung herangezogen wird. Aber grundsätzlich ist dieser zu unserem Bedauern völlig im Recht. Vor einer „Überschätzung" psychosomatischer Bestrebungen kann in der Tat nicht dringend genug gewarnt werden. Trotzdem kann man dem Verfasser in seinem so berechtigten und redlichen Bemühen nicht überall und ohne weiteres folgen. Es ist heute nicht mehr möglich, Biologie ohne Berücksichtigung organismischer Ganzerfassung zu betreiben, und für eine solche muß in der angewandten Biologie Medizin auch die Welt der seelischen Lebenserscheinungen mit einbezogen werden.

Wird diese Aufgabe nüchtern erfaßt, so kann man nicht behaupten, daß ihre Bearbeitung oder Lösung „mit den Mitteln des logischen Verstandes... unerreichbar" erscheinen muß. Wir müßten denn alle wissenschaftlichen Bemühungen, die sich nicht auf das rein Meß- und Wägbare beschränken, als unwissenschaftlich und logisch unerfaßbar bezeichnen, was sicher nicht die Ansicht des Verfassers ist. Gerade die Wissenschaft von den seelischen Erscheinungen, die Psychologie, hat nur in einem relativ kleinen Felde die Möglichkeit naturwissenschaftlich kausaler Exaktheit. Trotzdem bleibt ihr wissenschaftlicher Wert unangefochten, und wie im Aufstieg lebendigen Seins nur in einer Grundschicht — mit N. Hartmann zu sprechen — rein physikalisch-chemische Zusammenhänge entsprechende Methoden fordern, in einer weiteren aber bereits bio-physiologische Probleme erscheinen, die nur partiell exakt und kausal naturwissenschaftlich erfaßbar sind, so können wir von dieser „Schicht" an trotz aller Angewiesenheit auf die rein physikalisch-chemischen Grundgesetze ein immer weiteres Eintreten anderer, zunächst spezifisch biophysiologischer Kategorien erkennen.

Rothschuh hat bereits vor Jahrzehnten als Physiologe darauf hingewiesen, daß außer den im alten Sinn naturwissenschaftlichen „biotechnischen" Zusammenhängen eigentlich lebensgesetzliche, „bionome" zu unterscheiden seien; nicht minder verlangt Erforschung und Einbezug der seelischen Lebenserscheinungen eine neue Methodik, eben die psychologische.

Für den Lebensforscher ist **psychologische Betrachtung** eine Möglichkeit der Erfassung des lebendigen Menschen, und wenn hier auch eine mathematische Exaktheit im Sinne der Naturwissenschaften eigentlichen Sinnes kaum je durchführbar ist, so entkleidet dieser Umstand doch die Psychologie keinesfalls ihres wissenschaftlichen Charakters. In einzigartiger Weise hat sie zwei Wege offen: Systematisch kontrollierte Beobachtung von außen und kritisch geschulte Mitteilung über Vorgänge im eigenen Innern, und ihre besonnen durchgeführte Aufklärung führt zweifellos zu einer großen Menge sicherer Feststellungen, deren allereinfachste und primitivste der „Organismussturm" der Affekte (E. Kretschmer) ist, der in der allgemeinen Praxis so gerne als „vegetative Dystonie" verkleidet sein Wesen treibt. Hier ist also, wie fast in der gesamten Zoologie

und Botanik, sorgfältiges Beobachten, Schildern und Vergleichen ein wissenschaftlich voll berechtigtes — und praktisch oft außerordentlich erfolgreiches — Vorgehen. Es darf darüber hinaus betont werden, daß der Umgang mit anderen Menschen jedem von uns von frühester Kindheit an „psychologische" Auseinandersetzungserfahrungen vermitteit, die für die Mehrzahl praktischer Situationen völlig ausreicht, etwa in dem Sinn, wie Descartes sagte, „das Herz habe seine Gründe, die der Verstand nicht ergründen könne". Das ist sehr weit entfernt von irgendeiner phantastischen Deutelei oder derartigem, und es ist bei aller Hochachtung vor Vaihinger u. E. etwas bedenklich, in diesem Zusammenhange von einem „Als-ob-Verstehen" zu sprechen. Es ist mir auch unzweifelhaft, daß Kollege Puder etwa in der Anschauung, Angst könne Durchfall machen, keinerlei psychosomatischen Überschwang erblickt, sondern er wendet sich ja gegen die „Überschätzung", auf die später mit ein paar Worten zurückzukommen sein wird.

Schwieriger wird es schon, wenn die Behauptung aufgestellt wird, alles psychische Geschehen sei grundsätzlich naturwissenschaftlich erklärbar, d. h. auf somatische Vorgänge zurückführbar; wird damit weiter nichts gemeint als die untrennbare Einheit des „beseelten Organismus", so ist selbstverständlich darüber kein Wort zu verlieren; ein Haken sitzt nur in den Worten „naturwissenschaftlich erklärbar", denn sie scheinen dem Leser mindestens rein biotechnisch im Sinne von Rothschuh gemeint und den bionomen Zusammenhängen gegenüber fragwürdig.

Allerdings setzt sich Verf. unter Bezug auf exakte Experimente in Hypnose durchaus mit der Annahme psychogenetischer Zusammenhänge ins Einvernehmen. Er meint bei seiner Erörterung der Psychosomatik „jedoch diejenigen Anhänger dieser Lehre, die sich bewußt in Gegensatz zur naturwissenschaftlichen Medizin stellen". Hier wird z. B. auf das Problem der „psychogenen Angina" im Sinne Viktor v. Weizsäckers Bezug genommen. Hier meint der Verf., es handele sich bei der Angina um „eine Krankheit, deren Ätiologie die Schulmedizin weitgehend aufgeklärt" habe; v. Weizsäcker bringe sie „in seltsame Beziehungen zur seelisch-geistigen Verfassung und Entwicklung des betreffenden Menschen". Hier fällt Verf. (wenn ich ihn recht verstehe), in die biologisch völlig unmögliche dualistische Auffassung des Menschen zurück; Seelisches ist ihm nicht Lebensbereich, neurozerebral und gesamtorganismisch realisiert, sondern eine irgendwelche andere Welt ohne Beziehung zum naturwissenschaftlich aufgeklärten Organismus. Versucht man auch hier den Einheitsstandpunkt durchzuführen, so dürfte es wenig Schwierigkeiten machen, sachlich zu überlegen, wieweit eine organismische Belastung — denken wir an den heute fast zuviel genannten Stress von Selye! —, die etwa vom „Seelischen", d. h. „Neurozerebralen", vom „Hirn-Nerven-System" her in den Organismus einbricht, eine Abwehrschwäche gegenüber Krankheitserregern setzen kann. Die weitere Verfolgung seelischer, d. h. neurobiologischer Belastungen wird nun aber nicht selten Kummer, Enttäuschung, Angst, Unruhe und andere seelische Notstände gewußter oder unkontrollierter Art psychologisch aufweisen können, die das **Lebensgleichgewicht** schädigten. Die Homoiostasis von Cannon aber umfaßt, wie dieser hervorragende physiologische Experimentalforscher immer betonte, stets das Gesamt des beseelten Organismus. Es kann wohl in keiner Weise bezweifelt werden, daß wir im Bereiche psychologischer Beobachtung und Kontrolle unvergleichlich viel weiter in die gegebenen Zusammenhänge eindringen können als mit den heute erarbeiteten physiologischen Methoden. Das ist Puder selbstverständlich genau so deutlich wie uns; er wird bestimmt nicht erwarten, daß wir aus dem Elektrenzephalogramm ablesen können, ob der Träger des untersuchten Gehirnes romantische oder klassische Musik bevorzugt, ob er einem überwiegend altruistischen oder egoistischen Typus angehört oder etwa welcher kulturellen oder Erziehungsatmosphäre, alles Fragen aber, die für die psychologische Erfassung von grundlegender Bedeutung sind und sich ohne Mühe hier feststellen lassen. Ganz zu schweigen von der Rolle der Vergangenheit.

Man wird daher grundsätzlich nicht „wissenschaftlich" Anstoß nehmen dürfen, wenn die psychologische Erforschung auf innere Zusammenhänge, Konflikte, Spannungen, Widersprüche oder ausgesprochen psychisch abnorme Reaktionen zurückführt, die auf den ersten Blick von dem verleiblichten Krankheitsbilde völlig getrennt sind. Solange derartige Forschungen im kritisch-psychologischen Bereiche bleiben und sich an den Ergebnissen wissenschaftlicher Psychologie orientieren, besteht mithin keinerlei Grund zu prinzipiellem Widerspruch.

Die grundsätzliche Auffassung, als laufe auch im Lebendigen ein geschlossen kausal mechanistisches Geschehen, bei dessen Ablauf „Erlebnisse", organismische Situationen und Entwicklungsreaktionen, namentlich seelisch zugänglicher Art nur formgestaltend, nur pathoplastisch wirksam sein könnten, ein Rückbezug alles Lebendigen lediglich auf Biotechnisches, ist mit dem Stande heutiger Biologie nicht mehr vereinbar, wie dies des näheren gerade für die hier vorliegenden Fragen in unserer kleinen Studie „Bionome Psychotherapie" (Thieme, Stuttgart) darzulegen versucht wurde. Damit ist ein „bionomes" Verstehen imstande, recht weitgehend in den Zusammenhang der Lebensabläufe zu leuchten, wie überhaupt die früher von vielen führenden Autoren versuchte grundsätzliche Trennung zwischen „Verstehen" und „Erklären" nicht mehr allgemein anerkannt wird. Doch seien diese in sehr weite Zusammenhänge führenden Überlegungen hier beiseite gelassen.

Eine weitere Schwierigkeit in den an sich so begrüßenswerten Ausführungen von Puder liegt in Formulierungen wie etwa der, die Psychosomatik versuche „selbst bei rein körperlichen Erkrankungen nach verstehbaren seelischen Ursachen zu fahnden". Hier wird eine seelenlose oder, besser formuliert, „unbeseelte Körperlichkeit" konstruiert, die immer nur einen Grenzfall darstellen kann. Bei allen Krankheiten wird man als Extremfälle Erkrankungen setzen dürfen, die entweder 100% rein kausalmechanisch-naturwissenschaftlich oder solche, die 100% rein funktionell nervös-psychisch bedingt sind, wie etwa der Tod des Verurteilten auf dem elektrischen Stuhle vor Einschaltung des Stromes. Von diesen seltenen Extremfällen geht nun eine unübersehbare Fülle verschiedenhaltiger Mischbilder aus, in denen bald die eine, bald die andere Bedingungsart überwiegt oder etwa — wieder sehr selten — sich beide genau die Waage halten.

Daß die Vielfalt des Seelenlebens „nur großen genialen Dichtern" darzustellen gelungen ist, kann allerdings nicht verhindern, daß die wissenschaftliche Psychologie sachlich besonnen und kritisch sich gleichen Aufgaben zu nähern sucht. Wir möchten also dringend empfehlen, daß die an sich so berechtigte Kritik gegenüber der Psychosomatik vor Arbeiten haltmacht, die sich im Rahmen wissenschaftlich psychologischer Forschung auch kritisch analytischen Sinnes halten.

Können wir so einen gewissen, leider nicht allzu großen Teil psychosomatischer Forschung gegenüber der Kritik Puders in Schutz nehmen, so müssen wir ihm allerdings ohne jeden Vorbehalt beipflichten, wenn er sich dagegen verwahrt, daß Ärzte unter „Psychosomatik" Forschungen oder Behandlungen einsetzen, zu denen sie für den Laien als Ärzte autorisiert scheinen, die in Wahrheit aber in das Bereich allgemeiner Menschenbildung, Weltanschauungsgestaltung, Seelenführung (etwa auch politischer Art!) oder gar der geistlichen Seelsorge und Lebenssinnfindung gehören. Ein Arzt, der die Äußerung glaubt verantworten zu können, „Krankheit sei Sünde und dazu da, den Menschen zu Gott zu führen", sollte aus unseren Reihen ausscheiden und sich aufrichtig dazu bekennen, geistlicher Seelsorger zu werden. Ein anderes ist es, wenn im Verlauf kritischer und besonnener Störungsbeseitigung durch psychotherapeutische ärztliche Arbeit der von seinen „bedingt reflektorischen" und eben gerade „unmenschlichen" neurotischen Ängsten und Fehlhaltungen befreite Kranke aus eigener und echter Entwicklung eine Sinnfindung seines Daseins vollzieht. Hier steht der Arzt mit der gleichen Ehrfurcht vor dem Lebensgeschehen wie bei einem Heilungsverlauf physiologischen Bereiches, aber niemals dürfen u. E. diese Fragen und Probleme Ziel oder Eigenarbeit des psychotherapeutischen Arztes sein; dies würde in unseren Augen eine unverzeihliche Überheblichkeit bedeuten; sondern wir werden nur im eben angedeuteten Sinne mit der allen führenden Lebensforschern von heute eigenen Ehrfurcht solche Geschenke des Lebens betrachten.

Eine so an Grundsätzliches rührende Arbeit wie die von Puder fordert an sich eine weit umfassendere Stellungnahme. Doch darf angenommen werden, daß auch von anderer Seite Äußerungen erfolgen werden, und so mag es einstweilen mit diesen kurzen Bemerkungen genug sein. Wie lebhaft bei vielen Ärzten der berechtigte **Protest gegen Übergriffe der Psychosomatik** ist, zeigt etwa der Satz von Dr. Hans Scholer aus seiner Studie „Die ärztliche Arbeit" (Zbl. Schweiz. akad. Turner [1954]). „Es ist aber ganz unmöglich, wie es heutzutage von bestimmten Seiten gefordert wird, in jedem Falle so weit zu gehen, daß sozusagen Leid und Ungemach vom Arzt zu übernehmen seien und daß er mit dem Kranken zusammen für das Heil der Seele zu kämpfen habe ... Hier muß aber mit aller Schärfe eine solche Forderung zurückgewiesen werden. Diese Ansprüche können unmöglich gestellt werden. Sie scheinbar anerkennen, heißt der moralischen Korruption Tür und Tor öffnen, heißt die geistige Rechtschaffenheit aufgeben."

Prof. Dr. med. *J. H. Schultz*, Berlin-Charlottenburg 9, Bayernallee 17.

DK 615.851.13

Summary: The author refers to Puder's article concerning the over-estimation of psychosomatic medicine. He agrees that a warning against this kind of over-estimation is justified to a certain degree.

However, biological thinking in medicine must nowadays also include the emotional manifestations of life, as without them no organism can possibly be considered as a whole. Puder, however, falls back into the old concept of dualism between body and soul. To him emotional processes seem to have no definite relation to the living organism, and clear organic manifestations have no emotional background.

Résumé: L'auteur répond et fait une critique de l'article de H. Puder sur «La Surestimation de la Médecine psychosomatique». Il faut tout d'abord se défier de certains amis et propagandistes de cette discipline qui, par leur manque d esprit critique et de discrimination lui font plus de tort que de bien. Un autre facteur qui nuit à la réputation de cette branche médicale est le fait que le psychisme est devenu un article à la mode auprès du grand public au même titre que l'allergie et les hormones par exemple. L'auteur reprend différents points de l'article de H. Puder et en fait un commentaire et une critique.

Nicht die Tatsache einer Polemik ist es, die den Aufsatz H. Puders für den Medizinhistoriker mißlich macht; der Begriff Psychosomatik ist gewiß nicht durch wörtliche Übersetzung begreifbar, er ist vielmehr ein geistesgeschichtlicher Kampfruf, und als solcher vermag er gewiß Polemiken auszulösen und auch zu vertragen. Das Mißliche liegt im begleitenden Pektoralfremitus angeblicher Evidenz. Herr Kollege J. H. Schultz beantwortet die Ausführungen ebenfalls mit einem gewissen „Ecrasez l'infame", wenn er theologisierende Psychotherapeuten kurzerhand in der Mannschaft der Seelsorger aufgehoben wissen will. Uns Historiker interessieren gerade die Grenzjäger. Sie haben nicht minder eine Tradition wie die „Allzusicheren" und Allzugewissen. Es gibt das historische Phänomen der Sündenkonzeption in allen Jahrhunderten der Medizingeschichte, und der Versuch einer Amputation mag recht naturwissenschaftlich sein, aber hier fehlt der Autopsia die kompensatorische Historia. Gewiß haben Heinroth, der theologisierende Fichteaner, Ideler, der Romantiker, Ringseis, jener Kämpe, dessen Waffen man schon in seiner Zeit als Pappendeckel bezeichnete, gewiß haben auch Jores und Niedermeyer ihre Begrenztheiten; sie werden sich dennoch tradierend fortsetzen; tradierend heißt nicht einfach wiederholend, wie Th. Litt so schön zeigte, sondern sich vervollkommnend im Geist der romantischen Spirale. Dieser Geist ist manchem unbequem, manchem unverstehbar, wenn er etwa die eigenwilligen und epatierenden schwäbischen Kategorien einer Pathosophie zeitigt. Und dennoch setzt sich die Linie stets fort: die Sündenkonzeption wurde von P. Lain-Entralgo neuerdings genauer analysiert, und Heinz Häfner stellt soeben ein Büchlein phänomenologischer Methodik vor: „Schulderleben und Gewissen", in dem er klarzulegen versucht, daß Psychotherapie zwar nicht mit dem „absoluten Wesen des Menschen" befaßt ist, daß sie vielmehr als Abkomme auch naturwissenschaftlicher Disziplinen vor allem die „konkrete Existenz" zum Gegenstand hat. Paracelsus nannte dies ihren heidnischen Stylum. Wird aber kurzerhand der Name von Jaspers nur als Testudo vorangeschoben, um hinter ihr Ressentiments abzureagieren, so klingt auch diese Waffe dann nur wie zu Ringseis' Zeiten nach Pappendeckel.

Prof. Dr. med. W. *Leibbrand*, München 15, Lessingstr. 2.

DK 615.851.13

Summary: The author refers to the article in this paper, in which Puder discussed the over-estimation of psychosomatic medicine. From his view-point as a medical historian Leibrand contradicts it in many respects and quotes various authors to underline his opinion.

Résumé: Ce n'est pas la polémique en soi qui est attaquable, mais le geste usurpatoire à l'égard d'une tendance moderne de la médecine qui, bien entendu, supporte comme cri d'armes une polémique adéquate. Les convergences anthropologiques ont, de tout temps, leur place historique dans l'histoire de la médecine. Elles mènent de Ringseis, Ideler à Jores, Lain et v. Weizsäcker. L'escamotage de convergences théologiques est également dépourvu de toute tradition.

Fragekasten

Frage 190: Was kann man zur Verhütung des Fortschreitens der funikulären Spinalerkrankung bei kompensierter perniziöser Anämie tun? 63j. Patientin, abwechselnd mit Leberextrakten und B 12-Präparaten behandelt, regelmäßig, soweit es zur Normalisierung des Blutbildes nötig war, mit wöchentlichen Dosen von ungefähr 15 γ B 12 bzw. 2 ccm Pernämyl forte, dann aber noch 2mal im Jahr je 3 Wochen wöchentlich 3mal je 30 γ B 12 zusammen mit Pernämyl forte ohne sichtbaren Einfluß auf die fortschreitende Ataxie, Gürtelgefühle, Taubheit u. a. Mißempfindungen im Bereich der unteren Rückenmarkssegmente, bei relativ konstanten motorischen Störungen.

Antwort: Durch die Verabfolgung von wirksamen Leberextrakten oder reinen B_{12}-Präparaten gelingt es in fast allen Fällen, das Fortschreiten von **funikulären Spinalerkrankungen im Verlauf von perniziösen Anämien** zu verhindern. Darüber hinaus werden auch bereits bestehende zentralnervöse Veränderungen zum Rückgang gebracht, soweit sie nicht schon länger bestehen und zu einer irreparablen Schädigung geführt haben. Der Erfolg einer Leber- bzw. B_{12}-Behandlung hängt in diesen Fällen natürlich weitgehend von der Dosierung ab. Alle Autoren sind sich darüber einig, daß man bei Vorliegen zentralnervöser Veränderungen besonders große Dosen von Leberextrakten bzw. B_{12}-Präparaten geben muß. Selbstverständlich ist die notwenige Dosis von individuellen Faktoren abhängig. Vielleicht war im vorliegenden Fall die verabfolgte Dosis zu gering. Da die zentralnervösen Veränderungen offenbar fortschreiten, würden wir empfehlen, zunächst einmal jeden Tag 30 γ oder jeden zweiten Tag 60 γ B_{12} zu geben. Vielleicht sollte man auch einmal einen Versuch mit einer B_{12}-Stoßbehandlung machen, und zwar in der Weise, daß kurzfristig jeden zweiten bis dritten Tag je 1000 γ B_{12} i.m. gegeben werden, insgesamt zunächst einmal 10 Injektionen. Anschließend könnte man dann die kleinere oben angegebene Dosierung wählen, bis sich ein Erfolg abzeichnet. Als Dauermedikation wird man nicht unter wöchentlich 40—50 γ B_{12} auskommen.

Doz. Dr. med. *H. Begemann*, Freiburg (Br.), Hugstetterstr. 55.

Frage 191: Ist ein während des Kriegsdienstes aufgetretener Diabetes mellitus bei einem vorher vollständig gesunden Mann (geb. 1913), in dessen Familienvorgeschichte in den letzten 300 Jahren (genauer Stammbaum von Vater- und Mutterseite her) nie Diabetes aufgetreten ist, als Wehrdienstbeschädigung anzuerkennen?

Antwort: Ein **Diabetes, der während des Kriegsdienstes auftritt,** ist noch nicht als **WDB** anzusehen. Daran ändert auch nichts die leere Erbanamnese. Nur wenn besonders begünstigende, den Ausbruch des Diabetes fördernde Umstände im Kriegsdienst vorhanden gewesen sind und Brückensymptome zwischen ihnen und dem Ausbruch des Diabetes nachgewiesen werden können, kann eine Kriegsdienstbeschädigung angenommen werden.

Prof. Dr. med. *K. Gutzeit*, Bayreuth, Krankenhaus Herzoghöhe.

Frage 192: 9j. Mädchen von gesunden Eltern leidet an angeborener Verkleinerung der gesamten unteren Extremitäten rechts, d. h. Verkürzung, die mit fortschreitendem Wachstum manifester wird, Verkleinerung des Fußes und Hypoplasie der Muskulatur gegenüber der gesunden Seite. Daneben findet sich Syndaktylie am re. Fuß, welche Mißbildung auch bei der Großmutter mütterlicherseits sich findet. Das Kind ist im übrigen geistig und physisch normal entwickelt, leidet jedoch an Asthma bronchiale, eine Belastung vom Großvater väterlicherseits. Kann dem Kind geholfen werden? Es wurde eine Operation, bestehend in Insertion von Stiften in die Epiphysenlinie des gesunden Beines vorgeschlagen.

Antwort: Die temporäre **Epiphyseodese nach Blount** mit Stahlklammern zur Verlangsamung des Oberschenkelwachstums der gesunden Seite hat nur einen Sinn, wenn die Mikromelie nicht zu hochgradig ist.

Bei Verkürzungen von sechs und mehr Zentimeter ist ein Ausgleich durch orthopädische Schuhe vorzunehmen.

Prof. Dr. med. *K. Idelberger*, Gießen, Orthopäd. Klinik, Freiligrathstraße 2.

Frage 193: Steht einem Arzt, der auf einer Infektionsabteilung tätig ist, eine **Gefahrenzulage** zu, oder ist diese nur auf das Schwesternpersonal beschränkt?

Antwort: Nach unserer Ansicht steht sie auch dem Arzt zu.

Dr. *Karl Jeute*, Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V., Bonn, Kaiserstr. 3.

Referate

Kritische Sammelreferate

Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde

von Prof. Dr. med. *H. Richter*

M. J. Tamari u. E. J. Fornatto teilen ihre Erfahrungen über die **antibiotische Behandlung der akuten Mittelohrentzündung** mit. Auch sie warnen vor kritikloser Anwendung dieser Therapie. Hauptsache ist der Abfluß des Exsudates. Vor allem ungenügende Behandlung führe zu Rückfällen. Besonders die antibiotische Therapie bei nichtperforiertem Trommelfell veranlasse die häufige Symptomarmut, wodurch ein Zustand entsteht, welcher demjenigen der sogenannten Mukosusotitis ähnelt. Die Verf. haben operativ gewonnene Knochensplitter solcher Kranken histologisch untersucht und auch hierbei die Ähnlichkeit der pathologisch-anatomischen Veränderungen mit denjenigen der Mukosusotitis gefunden, wie es bei dem protrahierten Verlauf der antibiotisch vorbehandelten Mittelohrentzündung zu erwarten war. — J. M. Nielsen berichtet über den Einfluß der antibiotischen und Sulfonamidbehandlung auf die **Entwicklung der otitischen Komplikationen.** Für den Allgemeinarzt ist der Hinweis wichtig, daß allzu großes Vertrauen auf die genannte Therapie die Sorgfalt der Beobachtung schmälert. Auch sollte nicht übersehen werden, daß lokalisierte Herde durch Antibiotika nicht beseitigt werden. Hier hilft nach wie vor nur der operative Eingriff.

F. Günnel beschreibt die operativen Erfahrungen der Klinik Halle bei der **chronischen Mittelohreiterung** mit zentraler Perforation des Trommelfells. Sie ist bekanntlich von jener mit randständiger Perforation zu unterscheiden, weil diese häufig mit einem Cholesteatom verbunden ist und infolgedessen zu endokraniellen Verwicklungen führen kann. Solche sehen wir bei der zentralen Perforation so gut wie niemals, es sei denn, daß wir eine frische akute Otitis media (bei gleichzeitiger alter zentraler Perforation) übersehen. Wir operieren also bei einer chronischen Eiterung mit zentraler Perforation im allgemeinen nicht wegen einer drohenden Komplikation. Wohl aber kann ein operativer Eingriff einer fortschreitenden Abnahme des Hörvermögens vorbeugen. Wir finden oft bei dicker knöcherner Rinde versteckt gelagerte ostitische Herde und Granulationshöhlen, und zwar entsprechend der mangelhaften Entwicklung pneumatischer Räume besonders in der Nähe des knöchernen Innenohres. Sie können nicht nur die Absonderung des Mittelohres unterhalten, sondern auch das Gehör fortlaufend schädigen. Daher sollte ihnen klinisch und röntgenologisch größere Beachtung geschenkt werden. (Ref. kann diese Erfahrungen auf Grund zahlreicher Eingriffe bestätigen, welche nicht nur meist günstigen Einfluß auf das Gehör, sondern zuweilen sogar eine Verkleinerung oder völlige Vernarbung der trocken gewordenen Perforation des Trommelfells zur Folge hatten.)

P. Guns beobachtete 12 Kranke mit **otitischen Verwicklungen nach Penicillintherapie.** Er hebt die besondere Armut an Symptomen und bei den Sinusthrombosen das gute Aussehen der Sinuswand hervor. Erst nach operativer Behandlung trat Heilung ein. Seine Beobachtungen sind ein ernster Hinweis darauf, sich nicht auf die Erfolgsmöglichkeiten der antibiotischen Therapie grundsätzlich zu verlassen. — J. A. Harpman erörtert eingehend die **Therapie der endokraniellen Komplikationen,** besonders derjenigen otitischer und rhinogener Herkunft. Am wichtigsten erscheint die Bemerkung, daß die Operation immer noch an erster Stelle steht und daß die antibiotische Behandlung lediglich eine sehr wesentliche Ergänzung derselben ist. Erst durch die Kombination der beiden ist die Erfolgsziffer wesentlich höher gestiegen. — K. Fleischer, Leipzig, warnt auf Grund eigener Erfahrungen davor, sich bei **otitischen Sinusthrombosen** auf die therapeutische Wirkung antibiotischer Heilmittel zu verlassen. Die antibiotische Therapie, welche bei ungeklärter Diagnose überhaupt bedenklich ist, kann die chirurgische Behandlung der Sinusthrombose nicht ersetzen. Sie hat an der Indikation zum Eingriff nichts Grundsätzliches geändert. Ein kranker Sinus muß operativ angegangen werden. Das gleiche trifft für die Ausschaltung der Vena jugularis int. zu, sofern der Bulbus an der Thrombose beteiligt ist.

J. Terracol, Y. Guerrier u. F. Camps haben zwei Beobachtungen beschrieben, bei denen sich der Verlauf einer **Tuberkulose des Mittelohres** nicht wesentlich von demjenigen einer unspezifischen akuten Mittelohreiterung unterschied. Die eine Erkrankung entstand wahrscheinlich tubar, die andere hämatogen. Bei beiden operativ geheilten Kindern ergab die histologische Untersuchung des operativ entfernten Gewebes eine Tuberkulose. Wichtig ist die Beachtung gleichzeitiger Lymphknotenschwellungen hinter dem Ohr, ferner auffallend starke Hörstörung, blander Trommelfellbefund und röntgenologische Symptome. Die bakteriologische Untersuchung (Tierversuch) benötigt zu viel Zeit. Auf ihr Ergebnis kann man nicht warten. — P. A. Berlendis weist auf Besonderheiten des **Mittelohrkrebses** hin und erinnert erneut an die auch für den Allgemeinarzt wichtige Tatsache, daß die meisten Karzinome des Mittelohres im Laufe einer chronischen Mittelohreiterung entstehen. Auch aus diesem Grunde erfordert die letztere stets besondere Aufmerksamkeit, ganz besonders dann, wenn die fötide Ohrabsonderung blutig verfärbt ist. Nicht selten tritt eine Fazialisparese hinzu. Nur bei frühzeitiger Erkennung verspricht radikale Therapie Erfolg.

G. Everberg erinnert an den Zusammenhang zwischen einseitiger **Taubheit** und symptomarm verlaufener („latenter") Mittelohrentzündung im frühen Kindesalter (auf welche Zusammenhänge zuerst W. Uffenorde eindringlich aufmerksam machte). Gleichzeitig sind oft Residuen am Trommelfell, röntgenologische Veränderungen der Labyrinthstruktur und mangelhafte Erregbarkeit des Gleichgewichtsapparates nachweisbar. Ungeklärte Taubheit besonders Jugendlicher rührt häufig von einer tympanogenen Labyrinthitis und durchaus nicht stets von Meningitis oder Mumps her. — W. Kindler konnte bei einer großen Zahl audiometrischer Gehörprüfungen einen sicheren Zusammenhang zwischen **Diabetes mellitus und Schwerhörigkeit** nicht feststellen. Bei den älteren Diabetikern waren Hörstörungen auf Abnutzung oder Arteriosklerose zu beziehen. Ein Einfluß stoffwechselbedingter Veränderungen des schallempfindenden Apparates auf das Gehör ist nicht mit Sicherheit erwiesen.

C. Gros u. J. M. Enjalbert betonen die Notwendigkeit, daß der Arzt besonders bei einseitiger Hörstörung und normalem Trommelfell stets auch an die Möglichkeit eines **Tumors des Nervus acusticus** (Neurinom) denkt. Gleichgewichtsstörungen verstärken den Verdacht. (Freilich gibt es auch doppelseitige Akustikusgeschwülste und solche, bei denen besonders Störungen von seiten des Nervus trigeminus und ungeklärter Kopfschmerz den Symptomen im Bereich der Nervi VII. und VIII. vorausgehen. D. Ref.).

A. Räber weist auf die Notwendigkeit der frühzeitigen Feststellung und Behandlung der **Kieferhöhlenentzündung bei Kindern** hin. Unter 80 Kindern hatten nur 5 einen einwandfreien klinischen, Röntgen- und Spülbefund (wobei es sich um Kinder eines Sanatoriums handelte). Bei den meisten bestand Bronchitis, eine Hiluserkrankung, noch nicht geklärter Husten, ferner Schnupfen oder Kopfschmerz. Auch die symptomlose chronische Sinuitis maxillaris bedeutet Gefahr für die unteren Luftwege. (Zweifellos hat die chronische Sinuitis, und zwar auch die nicht-eitrige nicht selten die Bedeutung eines Streuherdes, wobei dentale Anlässe vor allem bei Erwachsenen häufig bestehen. Nach der Erfahrung des Ref. gelingt es indessen bei Kindern oft, die Sinuitis mit konservativen Mitteln zu beheben.) — E. Brown befaßte sich mit den **Zusammenhängen zwischen Bauchbeschwerden und Sinuitiden** im Kindesalter. Gleichzeitig können Appendizitis, mesenteriale Lymphadenitis und fieberhafter Rheumatismus bestehen. Wichtig ist, daß die Sinuitis fokale Bedeutung haben und bei Nichtbeachtung des Nasenbefundes zur Unterhaltung oder zu Rezidiven der übrigen Beschwerden führen kann.

D. S. King warnt besonders auf Grund einer Beobachtung, **vasokonstriktorische Nasentropfen bei Säuglingen** anzuwenden. Er sah eine reaktive Hyperämie der Nasenschleimhaut, die zu Erstickungsanfällen mit Zyanose führte, und weist darauf hin, daß u. U. das Weglassen der betreffenden Tropfen zu größten Unannehmlichkeiten führen kann, weil sich die Nasenschleimhaut nur langsam dem Zustand ohne Tropfen anpaßt.

K. Burian erörtert eingehend die Therapie der **Ozäna.** Von 1948 an hat er eine Behandlung mit Vitamin A durchgeführt, welche ohne örtliche Therapie in etwa zwei Wochen Besserung erzielte. Nachuntersuchungen nach etwa zwei Jahren zeigten gute oder mittelmäßige Erfolge bei 11 von 19 Kranken. Es wird an Einflüsse des Vitamin A auf die Hypophyse gedacht. Bei der oft nur geringen Besserungsfähigkeit der Ozäna wird man auch diesen Ergebnissen Beachtung schenken. — A. Piatti erinnert daran, daß bei atypischen Veränderungen der Haut unter Umständen die genaue Untersuchung der Nasenhöhlen und des Rachens zur Feststellung eines echten **Lupus** beitragen kann. Bei einem Kranken ermöglichte dies erst die histologische Untersuchung einer Probeexzision aus der infiltrierten Rachenschleimhaut.

H. Unger berichtet über den Einfluß der **Tonsillen** bzw. der Tonsillektomie auf die **chronische Uveitis.** Von 132 Kranken wurden 50

wegen Verdachts auf Streuwirkung tonsillektomiert. Sowohl unter diesen wie unter den 83 nichttonsillektomierten (ebenfalls herdverdächtigen) Kranken war der Verlauf 30mal nicht gut. 20 der Operierten zeigten Reaktion an den Augen. 11mal war der Einfluß der Mandeloperation günstig (bei 4 späteren Rückfällen). 9mal war der Einfluß ungünstig. Zusammenfassend kommt der Beobachter zu dem Ergebnis, daß nur selten ein ausschlaggebender Erfolg der Tonsillektomie zu verzeichnen war. — G. W. Anderson u. J. L. Rondeau haben sich mit dem Auftreten der bulbären Form der **Poliomyelitis bei Tonsillektomierten** befaßt. Die Statistik betrifft 2669 Poliomyelitiskranke. Unter 535 bulbären Lähmungen betrafen 71% tonsillektomierte Kranke. Andererseits erkrankten von 1309 Nichttonsillektomierten 8%, dagegen von 671 Tonsillektomierten 38% an bulbärer Poliomyelitis. Im ganzen sei die Aussicht an dieser zu erkranken bei Tonsillektomierten 4mal größer als bei anderen Menschen. Am gefährdetsten sei der erste Monat nach einer Tonsillektomie. — Zu etwa dem gleichen Ergebnis kommt M. Pestel. Bei Tonsillektomierten bestehe erhöhte Erkrankungsbereitschaft für bulbäre Poliomyelitis auch dann, wenn die Tonsillektomie längere Zeit zurückliegt.

M. Bajog hat drei Wochen nach Adenotomie und operativer Verkleinerung der hinteren Nasenmuschelenden tödlichen **Tetanus** beobachtet, für welchen andere Ausgangsorte ausgeschlossen werden konnten. Die sicher seltene Erfahrung lehrt, daß Tetanuskeime wohl auch einmal im Nasen-Rachen-Raum vorhanden sein und bei der Entstehung operativer Wunden zur Erkrankung führen können.

H. J. Denecke beschreibt den seltenen Befund einer durch mehrfache operative Eingriffe geheilten **medianen Halsfistel,** welche von tuberkulös veränderten tracheobronchialen Lymphknoten ausging, also abwärts führte. Diese Beobachtung hat besonderes differentialdiagnostisches Interesse gegenüber den häufigeren, kongenitalen medianen Halsfisteln, welche bekanntlich gegen das Zungenbein zu verlaufen. — J. Padovan u. F. Petrovcic operierten einen Kranken an fünf verschiedenen Körperstellen wegen fünf karzinomatöser Tumoren (Oberkörper, Unterarm, Zunge, Kehlkopf) innerhalb von 7 Jahren. Soweit darüber die gewebliche Untersuchung Aufschluß geben kann, handelte es sich um **voneinander unabhängige, multiple Karzinome.** Auch für den Allgemeinarzt ist diese Beobachtung beachtenswert, weil sie darauf hinzuweisen scheint, daß dem Karzinom eine allgemeine „Karzinomkrankheit" bzw. Karzinombereitschaft zugrunde liegt.

G. Scalori behandelte zwei Kranke, bei denen polypöse Verdickungen der Kehlkopfschleimhaut ein **subglottisches Karzinom** verbargen und bei denen erst die mehrfache Wiederholung der Probeexzision den malignen Typus der Erkrankung erwies. Beide Hinweise sind auch für den Allgemeinarzt wichtig, der erstere, weil er eine gutartige Polyposis irrtümlich annehmen kann, der letztere, weil er erneut zeigt, daß man sich in erster Linie auf den klinischen Befund verlassen soll.

J. T. King beobachtete bei einem 13 Jahre alten Mädchen eine einseitige **Stimmbandparese während der Menarche,** bei der die gelähmte Stimmlippe zuerst in Mediansteilung, bald darauf in Kadaverstellung, nach mehreren Wochen wieder in Adduktionsstellung stand und nach einem halben Jahre wieder normal beweglich wurde, so daß keine Beeinträchtigung der Stimme zurückblieb. An solche Zusammenhänge sollte gedacht werden, wenn sich für eine Stimmbandparese keine organische Ursache feststellen läßt. Die Beobachtung mahnt auch zur Vorsicht bei Stellung der Prognose.

G. Loebell weist an Hand einer praktisch wichtigen Beobachtung darauf hin, daß sich hinter den Symptomen eines scheinbaren „Asthma bronchiale" ein **Tumor der Luftröhre** verbergen kann, im Berichtsfalle ein Sarkom. Asthmatische Erscheinungen erfordern also neben der Beachtung der Nase und ihrer Nebenhöhlen auch besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich der übrigen oberen Luftwege. — H. Stiller, K. Dehen u. W. Knothe besprechen die **Aspiration von Fremdkörpern nach Lungenoperationen.** Auch hierbei ist im Verdachtsfalle die Bronchoskopie dringend notwendig und die Röntgenuntersuchung oft nicht ausschlaggebend. Für den Allgemeinarzt, der nicht selten solche Kranke zuerst sieht, sind diese Hinweise sehr wesentlich.

W. Schmitt, S. Ortel u. H. Blume teilen Ergebnisse der **Penicillinbehandlung bei akuter Parotitis** mit, deren Prognose früher bekanntlich — anders als bei der epidemischen Parotitis — stets dubiös war. Im Falle der fehlenden Reaktion auf intramuskuläre Penicillintherapie wird ihre örtliche Anwendung (durch den Ausführungsgang der Speicheldrüse oder durch Injektion in die Drüse, im letzteren Falle kombiniert mit 1% Novokain) empfohlen. (Nach eigenen Erfahrungen bei schwersten Fällen akuter eitriger Parotitis hat die intramuskuläre Penicillinbehandlung genügt. Nur vereinzelt mußte ein kleiner oberflächlicher Abszeß inzidiert werden. D. Ref.)

L. H. Prewitt vertritt auf Grund eigener Beobachtungen den Standpunkt, daß das Auftreten einer **retrobulbären Neuritis** von **seelischen Faktoren** abhängig sein kann, welche zu bestimmten allergischen Reaktionen führen, die ohne psychische Anlässe nicht feststellbar seien. Anatomisch wurden Transsudation, Ödem, Spasmen im Bereich der Arteriolen und Dilatation der venösen Kapillaren angenommen. Neben gefäßerweiternden Medikamenten und Histaminen sei die Psychotherapie von Bedeutung. Dieser Hinweis interessiert in unserem Zusammenhange, weil man bei einer retrobulbären Neuritis meist an eine entzündliche Erkrankung der Nasennebenhöhlen denkt.

Schrifttum: Anderson, G. W. u. Rondeau, J. L.: J. Amer. Med. Assoc., 155 (1954), S. 1123. — Bajog, M.: Med. Klin., 48 (1953), S. 773. — Berlendis, P. A.: Minerva otorinolaring. (Torino), 5 (1955), S. 240. — Brown, E.: Arch. of Pediatr., 72 (1955), S. 1. — Burian, K.: Mschr. Ohrenhk., 89 (1955), S. 95. — Denecke, H.: HNO-Wegweiser, 4 (1954), S. 316. — Everberg, G.: Acta oto-laryng. (Stockh.), 45 (1955), S. 312. — Fleischer, K.: HNO-Wegweiser, 5 (1955), S. 205. — Gros, C. u. Enjalbert, J. M.: Rev. d'Otol., 26 (1954), S. 363. — Günnel, F.: HNO-Wegweiser, 5 (1955), S. 129. — Guns, P.: Acta otol. belg., 9 (1955), S. 74. — Harpman, J. A.: J. Laryng. a. Otol., 69 (1955), S. 180. — Kindler, W.: Pract. otol. (Basel), 17 (1955), S. 282. — King, D.: Arch. of Otolaryng., 60 (1954), S. 723. — King, J. T.: Arch. of Otolaryng., 60 (1954), S. 618. — Loebell, G.: Münchn. oto-laryngol. Ges., 8. 5. 1954, Zbl. HNO, 3 (1956), S. 203. — Nielsen, J. M.: Laryngoscope ,65 (1955), S. 47. — Padovan, J. u. Pertovcic, F.: Arch. ital. Otol., 65 (1954), S. 873. — Pestel, M.: Presse méd., 62 (1954), S. 1328. — Piatti, A.: Arch. ital. Otol., 66 (1955), S. 407. — Prewitt, L. H.: Trans. Amer. Acad. Ophthalm. a. Otolaryngol., 58 (1954), S. 111. — Räber, A.: Kinderärztl. Praxis, 22 (1954), S. 462. — Scalori, G.: Boll. Mal. Or, 72 (1955), S. 327. — Schmitt, W., Ortel, S. u. Blume, H.: Zbl. f. Chir., 79 (1954), S. 1589. — Stiller, H., Dehen, K. u. Knothe, W.: Münch. med. Wschr., 97 (1955), S. 1576. — Tamari, M. J. u. Fornatto, E. J.: Minerva otorinolaringol. (Torino), 5 (1955), S. 27. — Terracol, J., Guerrier, Y. u. Camps, F.: J. franc. d'Oto-Rhino-Laryngol., 4 (1955), S. 323. — Unger, H.: Kl. Mbl. f. Augenheilk., 126 (1955), S. 134.

Anschr. d. Verf.: Gunzenhausen (Mfr.), Bezirkskrankenhaus.

Buchbesprechungen

Goldhahn und Jorns: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. Erster Band, 507 S., 235 teils mehrfarb. Abb., Verlag Thieme, Leipzig 1955. Preis: Gzln. DM 50—.

Das bei Kriegsende von R. Goldhahn vorliegende Manuskript wurde jetzt von G. Jorns, Arnstadt, als Lehrbuch überarbeitet und fertiggestellt. Von dem zweibändigen Werk ist das erste erschienen mit den Abschnitten Gehirnschädel und Gehirn; Wirbelsäule und Rückenmark; Gesicht, Gesichtsschädel, Mundhöhle und Rachen; Hals, Kehlkopf und Luftröhre, Speiseröhre, Schilddrüse, Nebenschilddrüsen, Thymusdrüse und Brust. Nach anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen wird in den einzelnen Abschnitten die übliche Gliederung Mißbildungen, Verletzungen, Entzündungen und Geschwülste beibehalten. Die Behandlung des Stoffes und die therapeutischen Hinweise lassen erkennen, daß hier ein erfahrener und kritischer Kliniker zu Wort gekommen ist. Viele einprägsame, teils farbige schematische Abbildungen, die der Sohn des verstorbenen Verfassers, Dr. med. W. E. Goldhahn, anfertigte, erläutern den Text. Leider ist die Wiedergabe der Fotografien und Röntgenbilder unzureichend. Das Buch vermittelt, nach dem 1. Band zu urteilen, dem Studierenden und jungen Arzt in klarer Darstellung die Grundlagen der speziellen Chirurgie nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse.

Prof. Dr. med. *R. Zenker*, Marburg a. d. Lahn.

P. van de Calseyde: Les relations entre les voies aériennes supérieures et les bronches. Mit einem Vorwort von Dr. A. Soulas. 155 S., 18 Abb. auf Tafeln, Verlag Masson et Cie., Paris 1955. Preis: brosch. 1000 Fr.

Das fließend geschriebene Buch des belgischen Hals-Nasen-Ohren-Fachmannes mit einem freundlichen Vorwort seines Pariser Kollegen André Soulas wendet sich sowohl an den Praktiker wie die Spezialisten unter den Rhino-Laryngologen, die Lungenfachärzte, die Chirurgen und auch an die Physiologen. Das Buch ist in einem fesselnden Stil geschrieben und berücksichtigt die histologisch-anatomischen Forschungsergebnisse nicht minder sorgfältig wie die funktionellen Beziehungen der oberen Luftwege und der Bronchien. Es ist nicht möglich, alle Einzelheiten aufzuzählen, besonders nicht über die ausgedehnten krankhaften Erscheinungen im Bronchialsystem bei Störungen der oberen Luftwege und umgekehrt. Die Beschaffenheit der Zellen, die Intaktheit des Flimmersystems, die Lymphversorgung, die Durchblutung, die Gefäßreaktionen bei den allergischen Vorgängen, die nervösen Verbindungen untereinander und ihre Abhängigkeiten, die motorischen Leistungen der Bronchien, die Besonderheiten der Kalibergrößen u. a. werden berücksichtigt. Die allgemeinen Bedingungen für die krankhaften Vorgänge, die Abhängigkeit von der Beschaffenheit der Inspirationsluft sowohl im Hinblick auf absteigende wie auf

aufsteigende Infektionsverbreitung werden klar geschildert, die Ausbreitung auf dem Luft- wie auf dem Blutwege erörtert. Bei den allergischen Erkrankungen wird zwischen akuten und chronischen und besonders durch Mikroben hervorgerufenen Vorgängen unterschieden. Gerade für Internisten ist das Kapitel über die eitrigen Bronchitiden mit und ohne Bronchiektasen und die Zusammenhänge mit den oberen Luftwegen sehr lesenswert. Der Autor stellt — nach Meinung des Ref. freilich nicht überzeugend — in seinen theoretischen Erwägungen über die Pathogenese der Bronchiektasen auch stark ab auf angeborene Schwäche der Bronchialwand, die eben bei infektiösen Vorgängen in den Bronchien und den ja bei Husten auftretenden Dehnungsvorgängen nachgibt. — Im einzelnen werden aber die verschiedenen Anschauungen für die Bronchiektasenentstehung wohl erschöpfend dargetan. In dem Schlußkapitel (Kap. 8) wird die Bedeutung der oberen Luftwege für die Lungentuberkulose erörtert, und schließlich werden im letzten Abschnitt allgemeine Schlußfolgerungen gezogen vor allem für die Therapie. Mehrere sehr gute Röntgenbilder auf gutem Glanzpapier, auf 10 Seiten verteilt, erläutern in schöner Auswahl die Darlegung. — In der Bibliographie von 200 Arbeiten finden sich nur wenige deutsche Autoren (Nissen, Sturm, Wotzilka) erwähnt. Eine Zusammenfassung ist nur noch in englischer Sprache geschrieben. Prof. Dr. med. *H. Bohnenkamp*, Oldenburg.

James D. Hardy: **Physiologie der Nebennierenrinde unter chirurgischen Gesichtspunkten.** (Surgical Physiology of the Adrenal Cortex.) 208 S., 34 Abb., Verlag Charles C. Thomas, Springfield/Ill., USA 1955. Preis: geb. 42 sh.

Wie alle Bücher der American Lecture Series will auch das vorliegende der Praxis bewährte, gesicherte theoretische und praktische Kenntnisse eines Spezialgebietes in kurzer, knapper Form vermitteln. Die theoretische Einführung in die Physiologie der Nebennierenrinde und ihrer Hormone bildet die Grundlage. Anschließend wird das Verhalten der NNR-Funktion bei einzeitiger, zweizeitiger Operation, bei Verbrennungen und bei Operationen dekrepider Patienten besprochen. Mit der Darstellung je eines typischen operierten Falles von Überfunktionszuständen der NNR führt der Autor in die moderne NN-Chirurgie ein. Die Frage der doppelseitigen Adrenalektomie bei Karzinomen wird sehr vorsichtig besprochen. Das größte Kapitel — ACTH- und Cortisontherapie und ihre Gefahren — ist wohl das wichtigste unter allgemeinchirurgischen Gesichtspunkten. Das Buch gibt dem Leser ein wohlabgerundetes Bild von der praktischen Bedeutung der NNR und ihrer Hormone, bevorzugt unter dem Gesichtspunkt der mittleren und großen Chirurgie. Die vielleicht zu pragmatische Darstellung entspricht einem ausgezeichneten Praxismanual und mehr noch einem vollendeten Fortbildungskurs.

Prof. Dr. med. *L. Weissbecker*, Freiburg i. Br.

E. Silvestroni und I. Bianco: **La Malattia Microdrepanocitica.** Mit einem Vorwort von Prof. G. di Guglielmo. 138 S., 36 Abb., Il Pensiero Scientifico Editore, Rom 1955. Preis: Gzln. 1800,— Lire.

Die Mikrodrepanozytose als Krankheit stellt eine Kombination zweier erblicher Hämopathien, nämlich der Thalassaemia minor und Sichelzellkrankheit, dar und wurde 1945 von Silvestroni und Bianco entdeckt. Seitdem sind mehr als 90 Fälle dieser Krankheit bekannt geworden. In der vorliegenden Monographie werden die Klinik, Hämatologie, geographische Verbreitung, Genetik, Pathogenese und Therapie der Krankheit in einzelnen Kapiteln dargestellt. Zahlreiche zum Teil eindrucksvolle Abbildungen sind beigegeben. Die Monographie stellt ein schönes Beispiel einer gründlichen Studie eines neuen Krankheitsbildes aus dem zur Zeit in schneller Entwicklung befindlichen Gebiet der Hämoglobinopathien und hämolytischen Anämien dar. Priv.-Doz. Dr. *W. Stich*, München.

Kongresse und Vereine

Medizinische Gesellschaft in Mainz

Sitzung am 13. Juli 1956

M. Leiner, Mainz: **Die Histologie des Inselsystems im Pankreas des Lungenfisches Protopterus annectens OW.** Die meisten Inseln des Protopterus-Pankreas bestehen aus 4 Zellarten, die, den vorliegenden Literaturangaben entsprechend, mit den Buchstaben A, B, C und D bezeichnet werden. Die C- und D-Zellen, die gewöhnlich einen großen Prozentsatz der Inselzellen ausmachen, können nicht als unwichtige Begleitzellen aufgefaßt werden. Im Mittelpunkt des Inselsystems stehen die großen in wechselndem Maße schwarz granulierten D-Zellen. In wenig entwickelten Primär- und Sekundärinseln nehmen sie das Zentrum ein. In den Primärinseln liegen die D-Zellen oft so angeordnet wie exokrine Drüsenzellen im Endstück. Häufig wird ein kleines zentrales Lumen eingeschlossen. An der Peripherie der Primärinseln liegen in wechselnder Menge A- und B-Zellen. Einige bis viele Primärinseln setzen die Sekundärinsel zusammen. Die D-Zellen sind wahrscheinlich die Mutterzellen der A-Zellen. Manche Primärinseln haben nur wenige A-Zellen an der Peripherie, aber keine B-Zellen. Die letzteren scheinen nach den A-Zellen zu entstehen, ob aus diesen oder den D-Zellen ist noch ungewiß. Auch in den ausgereiften Inseln behalten die A-Zellen das Übergewicht über die B-Zellen. Bei der Ausreifung der Primärinseln verdickt sich die A-B-Zellen-Hülle. Die D-Zellen nehmen in dem Maße ab, wie die A- und B-Zellen an Zahl zunehmen und zum Zentrum der Insel vordringen. Im gleichen Maße vermehren sich auch die kleinen „hellen" C-Zellen. Diese scheinen zum größten Teil aus den D-Zellen zu entstehen. Alle 4 Zellarten bilden in den zusammengesetzten Inseln, wie sie hauptsächlich an der Peripherie des Pankreas liegen, ein dichtes Mosaik, in dem meist die A-Zellen vorherrschen. Die D-Zellen kommen nur einzeln vor. Zerstreut im exokrinen Gewebe liegen viele feingranulierte A-Zellen, meist begleitet von C-Zellen. Obwohl schätzungsweise durchschnittlich auf 3—5 A-Zellen 1 B-Zelle kommt, ist der Blutzuckergehalt der Fische niedrig (80—85%).

W. Langreder, Mainz: **Grundlagen der Inkontinenz-Diagnostik und Therapie bei der Frau.** An Hand zahlreicher Röntgenaufnahmen und Einzelbeobachtungen werden die Indikationen und Grenzen der Zysto- und Urethrozystographie gegenüber der klinischen Diagnostik dargelegt. Am vielseitigsten ist die laterale Zyst-Urethrographie zur Aufdeckung der Inkontinenzursachen. Ein 100%iger Inkontinenzhinweis ist jedoch auch hiermit nie zu erwarten, da z. B. eine Epithelatrophie u. a. röntgenologisch stumm bleibt und nur im Harnröhrenabstrich zutage tritt. Neben den epithelialen Verschlußfaktoren und ihrem Versagen werden die der muskulären und bindegewebigen Eigen- wie Fixationsstrukturen im Bereich der Urethra und des sog. „Parurethrium" pathologisch-anatomisch besprochen. Demnach verschließt sich die weibliche Harnröhre nicht nur stellenweise i. S. sog. „Sphinkteren", sondern in ihrer ganzen Länge von kaudal nach kranial zu fortschreitend. Der Harnstrahl wird also gegen Ende der Miktion von unten nach oben zu unterbrochen und der intraurethrale Restharn hierbei in die Blase zurückbefördert. Dieser Verschlußablauf kann mit oder ohne Descensus urogenitalis graduell verschieden starken Störungen unterliegen. Der sog. „Blasentrichter" ist hierbei die häufigste Störungsform, da hier die terminale Okklusionsphase i. S. einer „Vesikalisierung" der oberen Urethra ausgeblieben ist. Bei der Therapie sollte nach Versagen konservativer Maßnahmen operativ neben der unbedingt notwendigen Levatorrestauration eine Verengerung der gesamten Urethra zusammen mit einer Raffung des Musculus transversus perinei prof. und des Parametriums angestrebt werden. Nur so erhält die gesamte Urethra ihre annähernd normale Länge, Lagerung, Form und Funktion zurück.

W. Tilling, Mainz: **Die antipyretische Wirkung des Cortisons.** Das Cortison wie auch die anderen Glukokortikoide sind bei fieberhaften Infektionskrankheiten hervorragend antipyretisch wirksam. Nicht nur bei zyklischen Infektionen, sondern bei schweren akuten bakteriellen und viralen Krankheitsbildern differenter Genese ist eine unter antibiotischem Schutz gefahrlose Entfieberung zu erreichen. An vergleichenden Untersuchungen mit antibiotisch nicht geschützten Typhus-, Pneumonie- und Scharlachkranken kann die unabhängig vom Antibiotikum laufende Hormonwirkung gezeigt werden. Eine mehrfach behauptete universelle antipyretische Wirksamkeit der Glukokortikoide besteht jedoch nicht. Zentral bedingte Hyperpyrexien am Menschen wie auch nach Ventrikelreizung am Kaninchen erwiesen sich als cortisonresistent. Tierexperimentell kann weiter die Wirkungslosigkeit von Cortison bei Betatetrahydronaphthylamin-, 2—4-Dinitrophenol- und Phenylisopropylamin-Fieber gegenüber Aminophenazon, Antipyrin usw. demonstriert werden. Experimentelle Hyperthermie und Infektionsfieber sind nicht identisch. Dies gilt auch für Reizstoffreaktionen nach Vakzinen oder Lipopolysacchariden. Für die mehrfach postulierte Hemmung endogener Fieberstoffe bzw. eine leukozytäre Abschirmung durch Glukokortikoide ergaben sich beim Menschen und den ausführlichen Tierexperimenten keine eindeutigen Beweise. Auch klinische Fieberzustände, wie z. B. durch plötzliche Bakterieneinbrüche, Gewebszertrümmerung, Malaria usw. — Reizstoffreaktionen prinzipiell ähnlich —, werden durch Cortison kaum oder nicht beeinflußt. Die Blockierung beim Infektionsgeschehen durch Sensibilisierungsvorgänge auftretender flüchtiger peripherer Wirkstoffe ist zur Wirkungserklärung anzunehmen. Die Infektionswirksamkeit der Cortisonantipyrese wird an größerem Tiermaterial bewiesen.

(Selbstberichte.)

Kleine Mitteilungen

Tagesgeschichtliche Notizen

— Sofern der Haushaltsplan der Bundesregierung die Zustimmung des Bundestages erhält, werden im kommenden Rechnungsjahr rund 100 Millionen DM für den zivilen Luftschutz ausgegeben werden. Die einzelnen Posten verteilen sich wie folgt:

Luftschutzwarndienst	40,5 Mill. DM
Zuschuß für den Bundes-Luftschutzverband	16,0 Mill. DM
Deutsches Rotes Kreuz u. a. Organisationen	4,4 Mill. DM
Bevorratung von Medikamenten für Katastrophenfälle	8,0 Mill. DM
Beschaffung von Luftschutzgeräten für die Brandschutz-, Sanitäts-, Entgiftungs-, Bergungs- und Luftschutzbetreuungsdienste	24,0 Mill. DM

Die angeforderten Mittel lagen erheblich höher.

— Ein mit 100 Mill. DM dotiertes Programm zum Ausbau der Hamburger Krankenhäuser sieht den Bau von Kliniken mit dem dazugehörigen Bettenraum in Hochhausform vor. So wird das Krankenhaus St. Georg zwei Hochhauskliniken für die Medizinische und Chirurgische Abteilung erhalten. Jedes Hochhaus wird 460 Betten aufweisen. Das Krankenhaus Eilbek wird in zwei zehnstöckigen Kliniken 100 Kranke aufnehmen können und das Barmbeker Krankenhaus errichtet einen ebenso hohen Bau mit 500 Betten. Dem Mangel an Nachwuchs hofft man dadurch begegnen zu können, daß jeder Krankenschwester ein eigenes Zimmer geboten wird.

— Anläßlich einer Arbeitstagung im Bundeskriminalamt Wiesbaden über die Bekämpfung von Rauschgiftdelikten wurde an Hand von Originalberichten europäischer und außereuropäischer Länder ein Überblick über den Umfang der Rauschgiftsucht gegeben:

Norwegen	1	Süchtiger auf ca.	10 000	Köpfe der Bevölkerung
Belgien	1	„ „ „	50 000	„ „ „
Italien	1	„ „ „	60 000	„ „ „
Griechenland	1	„ „ „	50 000	„ „ „
Gr.-Britannien	1	„ „ „	170 000	„ „ „
Schweiz	1	„ „ „	33 000	„ „ „
Frankreich	1	„ „ „	42 000	„ „ „
USA	1	„ „ „	3 000	„ „ „
Ägypten	1	„ „ „	140	„ „ „

Die Bundesrepublik weist eine verhältnismäßig sehr hohe Quote auf, die sie gegenwärtig an den dritthöchsten Platz setzt:

1952 = 1	Süchtiger auf	12 700	Köpfe der Bevölkerung
1953 = 1	„ „	11 700	„ „ „
1954 = 1	„ „	9 938	„ „ „
1955 = 1	„ „	9 730	„ „ „

Die Zunahme um fast 20% seit 1952 ist nach Ansicht der Fachvertreter kein echter Zuwachs, sondern durch die Verschärfung der behördlichen Maßnahmen zu erklären.

In einer weiteren Statistik wird über den jeweiligen Anteil der Suchtmittel berichtet, die von den Süchtigen in der Bundesrepublik benutzt werden. Es sind dies u. a.:

		1954	1955
Morphin	zu	21,4 %	19,4 %
Polamidon	zu	17,5 %	17,1 %
Dolantin	zu	16,4 %	14,2 %
Pervitin	zu	6,8 %	6,1 %
Kodein	zu	0,9 %	0,6 %
Kokain	zu	0,09%	0,1 %
Indischer Hanf und Heroin	zu	0,06%	0,95%

Während noch im Jahre 1953 die synthetischen Betäubungsmittel eindeutig im Vordergrund standen, ergibt sich also jetzt ein einwandfreies Überwiegen des Morphins. DMI

— Am 1. September 1956 ist in Hiroshima das erste Krankenhaus der Welt zur Behandlung von Strahlenkrankheiten eröffnet worden. Das Haus entstand auf dem Gelände des dortigen Rote-Kreuz-Krankenhauses, in dem in den vergangenen elf Jahren der größte Teil der Atombombenopfer von Hiroshima behandelt wurde. Leiter ist Dr. Fumio Shigeto.

— Rundfunksendungen: NDR, Mittelwelle, am 30. 12. 1956, 11.00: Ägäische Inselreise. VI. „Die Insel des Apollon", es spricht Peter Bamm. SWF, Mittelwelle und UKW I, am 2. 1. 1957, 10.00: Untätigkeit — eine Not des Krankseins, Sprecher Pfarrer D. Erich Schick. Am 3. 1. 1957, 18.00: Äskulap in alten Zeiten. Kulturbild von S. Krezdorn. 20.45: Der Eingriff in das Herz. Fortschritte bei der Herzchirurgie. Am 4. 1. 1957, 16.00: Diagnosen im Brustraum. WDR, Mittelwelle, am 4. 1. 1957, 17.30: Gedanken zur heutigen Testpsychologie, von Dr. phil. habil. M. Simoneit.

— Der Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. und die Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. veranstalten am 26. und 27. Januar 1957 unter dem Präsidium von Prof. Dr. Kraut eine gemeinsame Arbeitstagung in Frankfurt a. M., Universität Hörsaal H, Mertonstraße über das Thema Ernährung bei Aufbrauchkrankheiten des Kreislaufs (Managerkrankheit). Es sprechen: Prof. Dr. Schettler, Stuttgart-Bad Cannstatt, Prof. Dr. H. D. Cremer, Gießen, Prof. Dr. Glatzel, Flensburg, Prof. Dr. Dr. E. G. Schenck, Aachen, Dr. med. Bosse, Frankfurt a. M., Dr. med. H. Malten, Baden-Baden, Frau Dr. med. Aldenhoven, Bonn, Prof. Dr. med. U. Köttgen, Mainz, Dr. med. Haferkamp, Mainz. Beginn am 26. Januar 1957, 15.00 Uhr.

— Der 2. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für die Ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete findet vom 14. bis 16. Juni 1957 in Regensburg statt. Tagungsleitung: Prof. Dr. med. C. F. Funk, Regensburg. Hauptverhandlungsthemen: 1. Die chirurgische und physikalische Therapie des Naevus flammeus. 2. Neue Methoden der Lippenspaltenoperation. 3. Die soziologische Bedeutung der Medizinischen Ästhetik. 4. Krankenkasse und Kosmetik. 5. Chemie und Anwendung der Desodorantien. 6. Die Bedeutung der Aerosole im Rahmen der medizinischen Ästhetik und in der Kosmetik. 7. Gynäkologische Erkrankungen und ihre Wirkung auf die Psyche der Frau als ästhetisches Problem. Freie Vorträge können bis zum 1. Februar 1957 beim Vorsitzenden der Gesellschaft, Prof. Dr. med. H. Th. Schreus, Hautklinik der Med. Akademie Düsseldorf oder beim Tagungsleiter, Prof. Dr. med. C. F. Funk, Regensburg, Städt. Hautklinik, Postfach 105, angemeldet werden.

— Der Verband Deutscher Diätassistentinnen e. V. veranstaltet vom 3. bis 5. Februar 1957 einen Diät-Fortbildungskurs in Frankfurt a. M. Themen und Referenten des 1. Tages: Prof. Dr. med. M. Ratschow, Darmstadt: „Diätetische Erfordernisse bei Gefäßkrankheiten." Prof. Dr. med. R. Pannhorst, Gelnhausen: „Der jugendliche Diabetiker und seine Umwelt." Dr. med. H. Wolff, Frankfurt a. M.: „Die Stoffwechselstörungen in der Sicht des Chiropraktikers und Neuraltherapeuten." Prof. Dr. H. A. Schweigart, Hannover: „Ergebnisse und Forderungen der Nahrungs- und Vitalstoff-Forschung." Das weitere Programm sieht Berichte aus der Arbeit der Diätassistentinnen vor. Die Energieanwendung, aus der sich wirtschaftliche und organisatorische Folgerungen ergeben, wird durch Fachleute aus der Elektro- und Gasversorgung behandelt. In Verbindung mit der Tagung findet eine Ausstellung diätetisch und biologisch hochwertiger Nahrungsmittel statt. Anmeldungen an die Geschäftsstelle des Verbandes Deutscher Diätassistentinnen e. V., Frankfurt am Main, Savignystraße 45. Teilnehmergebühr für Mitglieder des Verbandes 10,— DM, für Nichtmitglieder 12,— DM. Einzelkarten für 1. Tag 5,— DM, für Studenten 1,— DM, Einzelvortrag 1,50 DM.

Hochschulnachrichten: Genf: Der Lehrstuhl für Chirurgie und die Leitung der Chirurg. Univ.-Klin. wurde dem Pariser Doz. Jean-Claude Rudler übertragen.

Gießen: Prof. Dr. Herbert Diedrich Cremer, apl. Prof. an der Universität Mainz, wurde zum ao. Professor ernannt und auf den ao. Lehrstuhl für Menschliche Ernährungslehre berufen. Gleichzeitig wurde Prof. Dr. Cremer zum Direktor des Instituts für Ernährungswissenschaft ernannt. — Die venia legendi wurde erteilt an: Prof. Dr. Rudolf Knebel, Leiter der Kardiologischen Abteilung des W. G. Kerckhoff-Herzforschungsinstituts der Max-Planck-Gesellschaft in Bad Nauheim, für Innere Medizin, Dr. Rudolf Schröer, Oberarzt an der Hals-, Nasen- und Ohren-Klinik, für HNO-Heilkunde, Dr. Wolfgang Helmut Becker, Oberarzt an der Chirurg. Klinik, für Chirurgie, Dr. Roland Herrmann, wiss. Assistenten an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, für Medizinische Physik.

Münster: Prof. Dr. Wilhelm Blaich, Oberarzt der Hautklinik, hat die Leitung der Hautklinik der Städt. Krankenanstalten in Wuppertal übernommen. — Doz. Dr. Hans Schönenberg, Oberarzt der Kinderklinik, hat die Leitung der Kinderklinik der Städt. Krankenanstalten in Aachen übernommen.

Bezugsbedingungen: Vierteljährlich **DM 6.40,** für Studenten und **nicht vollbezahlte Ärzte DM 4.80** vierteljährlich zuz. DM 1.— Postgebühren. In der **Schweiz** Fr. 10.— einschl. Postgeld; in **Österreich** S. 40.— einschl. Porto; in den **Niederlanden** hfl. 5.80 + 2.35 Porto; in **USA $** 1.55 + 0.65 Porto; **Preis des Heftes DM 1.—.** Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um 1/4 Jahr, wenn nicht eine Abbestellung bis zum 15. des letzten Monats eines Quartals erfolgt. Alle 8 Tage erscheint ein Heft. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. Hans Spatz und Doz. Dr. Walter Trummert, München 38, Eddastr. 1, Tel. 6 67 67. Verantwortlich für den Anzeigenteil: Karl Demeter Anzeigen-Verwaltung, Gräfelfing vor München, Würmstr. 13, Tel. 89 60 96. Verlag: J. F. Lehmann, München 15, Paul-Heyse-Str. 26, Tel. 59 39 27. Postscheck München 129, Postscheck Bern III 195 48 und Postscheck Wien 109 305, Konto 408 264 bei der Bayerischen Vereinsbank München. Druck: Carl Gerber, München 5, Angertorstraße 2.

/1956

aum.
Test-

e i l-
f ü r
unter
gung
über
laufs
gart-
z e l,
s s e,
med.
, Dr.
Uhr.
f ü r
e t e
ungs-
a n d-
e des
tion.
Kran-
oran-
schen
und
Freie
der
Med
C. F.
rden.
vom
s in
ages:
nisse
usen:
l f f,
hiro-
a r t,
Vital-
rbeit
wirt-
durch
rbin-
gisch
häfts-
kfurt
des
n für

d die
aude

n der
den
zeitig
ungs-
Prof.
V. G.
Bad
n der
gang
rgie,
Haut-

linik,
Wup-
erarzt
nken-

rg. —
.

schl.
gert
rift-
ung,
und